



# ŽIVOT PACIENTŮ S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetrovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra  
*Autor práce:* **Kristýna Berková**  
*Vedoucí práce:* PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.





# LIFE OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Autor práce:* **Kristýna Berková**  
*Vedoucí práce:* PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Berková**  
Osobní číslo: **Z11000066**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Život pacientů s ulcerózní kolitidou**  
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení v aktivním odpočinku.
2. Zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při cestování.
3. Zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují vliv nemoci na profesní život.
4. Zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při plnění sociálních rolí.
5. Zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při stravování v akutní fázi onemocnění.

Teoretická východiska:

Ulcerózní kolitida je chronický zánět střev provázen průjmy, zácpou nebo nucením na stolicí a krvácením z konečníku. Toto onemocnění pacientovi ovlivňuje životní styl, pracovní a osobní život. Proto bych se ve své bakalářské práci chtěla zaměřit na rozsah změny života u pacientů s touto diagnostikou.

Výzkumné otázky:

1. Omezuje pacienty s onemocněním při aktivním odpočinku?
2. Omezuje pacienty onemocnění při cestování?
3. Má onemocnění vliv na profesní život pacientů?
4. Omezuje pacienty onemocnění při plnění sociálních rolí?
5. Mají pacienti při akutní fázi onemocnění omezení ve stravování?

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

anonymní dotazník, šetření

Místo a čas realizace výzkumu:

Iscare Lighthouse, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze - IV. interní klinika leden - březen 2014.

Vzorek:

Dotazník budou vyplňovat P/K s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou.

Minimální požadovaná velikost výzkumného vzorku bude 50 respondentů.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1.ČERVENKOVÁ R. spol. Lukáš M. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, 1. vyd. Praha: Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-600.
- 2.LUKÁŠ, K. a kol. Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-24-1283-0.
- 3.GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
- 4.TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- 5.ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
- 6.PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 7.PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- 8.BÁRTLOVÁ, Sylva. Výzkum a ošetrovatelství. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.
- 9.ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. Potřeby člověka a ošetrovatelský proces I. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik, 2010, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7248-577-2.
- 10.<http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383> [cit. 2011-03-23] Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/>
- 11.Living with Ulcerative Colitis. Living with Ulcerative Colitis. April 30, 2010. Dostupné z: <http://www.ccfa.org/resources/living-ulcerative-colitis.html>

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.  
SZŠ Ruská Praha

Datum zadání bakalářské práce: 1. září 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús  
rektor



Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 30.4.2015

Podpis: Berková

Studentka  
**Kristýna BERKOVÁ**  
Z11000066  
Horky nad Jizerou 174  
294 73 BRODCE

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762


V Liberci dne 20. června 2014  
č.j.: 14/8515/023633-02

**Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 12. 6. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/023633-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Život pacientů s ulcerózní kolitidou“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec I



## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Ivance Kohoutové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, vstřícnost, ochotu a spolupráci. Mé poděkování patří i Mgr. Marii Froňkové za poskytnutí cenných rad a informací při konzultacích. Také děkuji své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

# ANOTACE

**Jméno a příjmení autora:** Kristýna Berková

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Život pacientů s ulcerózní kolitidou

**Vedoucí práce:** PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

**Počet stran:** 78

**Počet příloh:** 4

**Rok obhajoby:** 2015

## **Souhrn:**

Tato práce se zabývá životem pacientů s ulcerózní kolitidou, což je nespecifický chronický zánět střev. Onemocnění je provázeno průjmy, zácpou nebo nucením na stolicí, které velmi často pacientovi ovlivňuje životní styl, pracovní a osobní život. Z toho důvodu se práce zaměřuje na rozsah, omezení a změny života pacientů s touto diagnostikou. V práci byla provedena statistická analýza kvantitativní formou anonymního dotazníku šetření v oblastech omezení při aktivním odpočinku, cestování, při plnění sociálních rolí, při stravování v akutní fázi onemocnění a zjišťování zda pociťovali vliv v profesním životě.

**Klíčová slova:** ulcerózní kolitida, střevní zánět, pacient, ošetrovatelská péče, životní styl



## ANNOTATION

**Name and surname:** Kristýna Berková  
**Institution:** Technical university of Liberec, Institute of Health Studies  
**Title:** Life of patients with ulcerative colitis  
**Supervisor:** PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.  
**Pages:** 78  
**Apendix:** 4  
**Year:** 2015

### **Summary:**

This work occupies with the life of patients with ulcerative colitis, which is a nonspecific chronic inflammation of the intestines. The disease is associated with diarrhea, constipation or nausea on stool, which very often affects patient day to day lifestyle, work and personal life. For this reason, the thesis focuses on the scope, limitations, and changes in the lives of patients with this diagnosis. In the work was carried out quantitative form of statistical analysis from an anonymous questionnaire survey in topics of limitation during active relaxing, traveling, in the performance of social roles, in the diet during the acute phase of the disease and whether patients felt the impact on their professional life.

**Keywords:** ulcerative colitis, intestinal inflammation, patient, nursing care, lifestyle

# OBSAH

Seznam použitých zkratk .....	12
<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>13</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>14</b>
2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	14
2.2 Ulcerózní kolitida .....	15
2.3 Diagnostika ulcerózní kolitidy.....	17
2.4 Průběh a komplikace ulcerózní kolitidy .....	18
2.5 Léčba.....	20
2.5.1 Farmakologická léčba .....	20
2.5.2 Chirurgická léčba .....	23
2.6. Ošetrovatelská péče .....	23
2.6.1 Ošetrovatelské problémy u pacientů s ulcerózní kolitidou.....	24
2.6.2 Ošetrovatelské cíle a plán péče .....	24
2.7 Život pacienta s ulcerózní kolitidou.....	26
2.7.1 Stravování .....	26
2.7.2 Aktivní odpočinek.....	27
2.7.3 Cestování .....	27
2.7.4 Sociální role .....	28
2.7.5 Profesionální život .....	28
<b>3 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky .....	29
3.2 Metodika výzkumu .....	30
3.2.1. Výběr zkoumaného vzorku.....	30
3.2.2. Metoda výzkumu .....	30
3.2.3. Zpracování výsledků výzkumného šetření .....	30
3.3 Výsledky výzkumu a jeho analýza .....	31

3.4 Analýza dat vztahující se k výzkumným předpokladům .....	56
<b>4 DISKUZE .....</b>	<b>65</b>
<b>5 NÁVRH A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>70</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....</b>	<b>73</b>
<b>8 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....</b>	<b>76</b>
<b>9 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ .....</b>	<b>77</b>
<b>10 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>78</b>

## Seznam použitých zkratek

<b>cm</b>	centimetr
<b>CRP</b>	C-reaktivní protein
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>č.</b>	číslo
<b>IBD</b>	idiopatické střevní záněty (Inflammatory Bowel Disease)
<b>m</b>	metr
<b>MHD</b>	městská hromadná doprava
<b>NANDA</b>	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association)
<b>např.</b>	například
<b>Obr.</b>	obrázek
<b>RTG</b>	rentgenová zobrazovací metoda
<b>s.</b>	strana
<b>Sb.</b>	sbírka
<b>Tab.</b>	tabulka
<b>TUL</b>	Technická univerzita v Liberci
<b>tzv.</b>	takzvaný
<b>UC</b>	ulcerózní kolitida

# 1 ÚVOD

Onemocnění ulcerózní kolitida ovlivňuje pacientův život, jako každé chronické onemocnění. Tato problematika je velmi často diskutovaná nejen mezi pacienty s touto diagnostikou, ale i na interních gastroenterologických klinikách. Incidence v České republice je 3-5/100 000 a počty lidí s tímto onemocněním vzrůstají, což může mít za následek neustále se zdokonalující diagnostika (24). Etiologie není známá, zároveň ale některé literatury poukazují na vliv životního stylu a genetické predispozice. Mezi hlavní projevy onemocnění patří průjem, bolesti břicha, krvácení do stolice a nutkavé pocity na stolici. Tyto příznaky se projevují při aktivním propuknutí nemoci. Tato fáze je nepředvídatelná a pro pacienty velmi psychicky náročná. Mohou být i zoufalí, především proto, že neví, kdy je postihne další nečekaná ataka. Tyto projevy nemoci velmi narušují osobní a profesní život. Je proto velmi důležité, aby i pacientovo okolí mělo povědomí o důsledcích této nemoci a pochopení pro lidi s touto diagnózou.

Práce je rozdělena do dvou částí. První je část teoretická, kde je zpracovaná anatomie a fyziologie tlustého střeva, téma onemocnění ulcerózní kolitida, její diagnostika, příznaky, průběh, komplikace a léčba. Následující kapitola pojednává o ošetrovatelské péči a závěrečná část teoretické části je věnována samotnému životu s ulcerózní kolitidou se zaměřením na stravování, aktivní odpočinek, cestování, plnění sociálních rolí a profesní život. Použita byla odborná literatura, mé vědomosti nabyté během studia, znalosti získané za mého působení ve Všeobecné nemocnici v Praze na IV. interní klinice gastroenterologie a hepatologie a poznatky z mého života.

V praktické části práce, která navazuje na část teoretickou, byly stanoveny cíle práce a výzkumné předpoklady. Následovalo samotné vyhodnocení a analýza získaných dat prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření od pacientů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Poslední navazující kapitolou jsou diskuze, doporučení pro praxi a závěr.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Konečnou částí trávicí soustavy je tlusté střevo o délce 1,2 – 1,5 m, které ústí navenek řitním otvorem. Tlusté střevo je dále rozdělováno na slepé střevo (caecum) a jeho slepý červovitý výběžek (appendix). Na slepé střevo navazuje vzestupný příčný a sestupný tračník (colon ascendes, colon transversum, colon descendes). Esovitá klička (colon sigmoideum) navazuje na sestupný tračník a pokračuje do malé pánve. Konečný úsek střeva, který vyúsťuje navenek, se nazývá konečník (rectum). Sliznice tlustého střeva je bledá, nenese žádné klky a je kryta cylindrickým epitelem. Obsahuje hojný počet žlázek a pohárkových buněk, které produkují hlen a lymfatickou tkáň s největším zastoupením v sliznici červovitého výběžku. Sliznice má resorpční schopnost (13).

Gastrointestinální trakt zajišťuje mechanické a chemické zpracování živin. Tlusté střevo má funkce, mezi které patří především vstřebávání vody, elektrolytu a některých vitamínů (v tlustém střevě se již nevstřebávají živiny z potravy). A neméně důležitou funkcí je a formování, skladování a následné vypuzení stolice.

V tlustém střevě se především vstřebává voda a elektrolyty, dále jsou vstřebávány ionty (sodík, chlór, vápník a hořčík). U aminokyselin, žlučové kyseliny, mastné kyseliny o krátkém řetězci a kyseliny listové je možné vstřebávání v tlustém střevě. Nevstřebají se sacharidy a mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (9).

Posun stolice je závislý na pohybech, které vytváří tlusté střevo. Tyto pohyby dělíme na místní a celkové peristaltické. Pomocí těchto pohybů se dostává střevní obsah k rektu. Mísicí pohyby jsou zajišťovány pravidelnými kontrakcemi hladké svaloviny. Místa kontrakcí jsou od sebe vzdálená několik centimetrů a trvají pár desítek vteřin. Poté vymizí a znovu se objeví na jiném místě střeva. Dočasné výdutě ve střevě se nazývají haustra, proto se mísicí pohyby označují jako haustrace nebo haustrační pohyby. Celkové peristaltické pohyby jsou také označovány jako hromadná peristaltika. Pohyby vznikají v oblasti příčného tračníku kontrakcemi hladké svaloviny a se šíří aborálně. Kontrakce posouvají střevní obsah až o několik desítek centimetrů směrem ke konečníku. Tyto pohyby je možné zaznamenat a trvají 15-30 min (8, 9, 16).

## 2.2 Ulcerózní kolitida

Onemocnění ulcerózní kolitida patří mezi idiopatické (nespecifické) střevní záněty, které se označují zkratkou IBD – Inflammatory Bowel Diseases.

Příčina vzniku nespecifických střevních zánětů není známa.

*„Celá řada studií poukazuje na protektivní vliv apendektomie pro rozvoj ulcerózní kolitidy. Metaanalýza 13 studií poukázala o 69% snížené riziko vzniku ulcerózní kolitidy u pacientů po apendektomii.“ (Gabalec, 2009, s. 277)*

Některé odborné literatury uvádí, že na vznik idiopatických střevních zánětů působí genetické vlivy. K podmíněným genetickým vlastnostem patří zvýšená propustnost střevní sliznice a poruchy imunitní reakce (tvorba antigenu, protilátek, alergické reakce), které mohou způsobovat nespecifické střevní záněty. Také se zvažuje infekce viry nebo vliv bakteriálních či virových toxinů. Etiologie není známá a patogeneze není úplně prozkoumaná (24, 29).

Není-li známa příčina onemocnění, je logické, že neexistuje lék, který by onemocnění úspěšně léčil. Léčba nespecifický střevních zánětů je symptomatická (léčí se příznaky onemocnění) nikoliv kauzální (léčba příčiny). U pacientů s Crohnovou chorobou vliv kouření zhoršuje prognózu, oproti tomu u ulcerózní kolitidy má kouření protektivní účinek na onemocnění (24).

K idiopatickým střevním zánětům řadíme dvě onemocnění - Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (UC). Ulcerózní kolitida je nespecifický chronický zánět sliznice tlustého střeva. Postižení zánětem se může vyskytovat v různém rozsahu, ale vždy postihuje konečník. V tlustém střevě se zánět propaguje ve sliznici, tedy v povrchových vrstvách stěny a podslizniční části. Vzácný je výskyt zánětu v hlubších vrstvách (3). Jde o chronické, celoživotní, zánětlivé střevní onemocnění, které není infekční a dosud není zcela jasný původu tohoto onemocnění (27). V některých případech se může jednat o jednorázovou ataku. Při velmi rychlém průběhu, může onemocnění končit fatálně. Ulcerózní kolitidu poprvé popsal Samuel Wilks a Walter Moxon v roce 1859 (18).

Crohnova choroba se může projevit zánětem stěny na tlustém i tenkém střevě nebo v jakékoliv části trávicí trubice. Tím se liší od ulcerózní kolitidy, kdy se zánět vždy šíří vzestupnou cestou od rekta, postihuje sliznici střeva a vyskytuje se pouze

v tlustém střevě. Dalším rozdílem je, že u Crohnovy choroby zánět postihuje střevo do hloubky, v celé šířce stěny a často se vytvářejí píštěle a abscesy (24).

*„Celosvětově incidence ulcerózní kolitidy kolísá od 0,5 do 24,5/100 000 obyvatel. V rozvojových zemích je incidence nízká, nejvyšší incidence nacházíme v Severní Americe, v západní a střední Evropě. V České republice je incidence 3–5/100 000. Incidence má stoupající trend v postkomunistických zemích, naopak je stabilní v západní Evropě a Skandinávii“ (Gabalec, 2009, s. 276)*

Ulcerózní kolitida je při svém průběhu ovlivňována třemi hlavními faktory a to rozsahem zánětu v tlustém střevě, intenzitou zánětlivých změn a poruchou funkce střeva. Pokud se tyto faktory kombinují, vznikají klinické potíže. Mohou mít rozdílnou intenzitu. Charakter obtíží bývá stereotypní na rozdíl od Crohnovy choroby. Onemocnění je provázeno průjmami, zácpou, krvácením z konečníku. Nemocné trápí bolestivé nucení na stoli. Podle rozsahu zánětu se rozlišují tři tvary ulcerózní kolitidy. Prvním tvarem je distální, druhý je ohraničený tvar a třetí je rozsáhlý tvar (24).

U **distálního tvaru (proktitida)** se zánět vyskytuje v konečné části tlustého střeva v konečníku (rectum). Délka postižení bývá 10 – 15 cm od análního okraje. Při této formě jsou typickými příznaky časté bolestivé nucení na stoli, kdy z nemocného vychází formovaná stolice, krvavý hlen nebo krev. Postižený je bez průjmů. Při **tvaru ohraničeným (levostranným)** je postižena konečná část tlustého střeva a zánět se může vyskytnout až v oblasti slezinného ohbí tračnicku. Nemocný trpí průjmami, tenesmy a krvácením z konečníku. Někdy se vyskytnou bolesti v levém podbřišku. Pokud je nemoc v pokročilém stadiu projeví se typické známky celkového zánětu. Jsou to zvýšené teploty až horečky, silné průjmami, tenesmy břicha a hubnutí. U **rozsáhlého (extenzivního) tvaru** je zánětem postižena zmíněná místa střeva, navíc je postižen příčný tračník. Někdy může být postižené celé tlusté střevo. Pacienti mívají větší počet průjmů a stolice s příměsí hlenu a krve. Jako komplikace mohou vzniknout horečnaté stavy a hrozí vznik toxického megakolonu nebo perforace (proděravění) střeva (7, 24).



## 2.3 Diagnostika ulcerózní kolitidy

Diagnostika ulcerózní kolitidy je založena na anamnéze, fyzikálních, laboratorních a zobrazovacích vyšetření. Klinický obraz u ulcerózní kolitidy může být různotvarý a neztetelný. Typicky se projevuje průjemem s příměsí krve a hlenů. U lehkého onemocnění je hlavním příznakem tenesmus (nucením na stoli). Stoli je s příměsí krve či hlenů, průjem není podmínkou. Pro středně těžké onemocnění je typický průjem s příměsí hlenů a krve. Těžké onemocnění doprovází vodnaté průjmy s krví a hlenem, zvýšenou tělesnou teplotou a možná je vznik septického stavu, který ohrožuje pacienta na životě (5, 7, 29)

**Anamnéza** je souhrn veškerých informací, které se týkají zdraví pacienta. Pacient je dotazován na výskyt onemocnění v rodině, na své nynější onemocnění a jeho léčbu. **Fyzikálním vyšetřením** je myšleno vyšetření pacienta pomocí smyslů lékaře, to znamená pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem. Pacient by měl být také vyšetřen per rektum (vyšetření konečníku), ale negativní nález nevylučuje nespecifický střevní zánět. Bolestivý poklep či pohmat břicha, podvýživa a otoky, pozitivní nález v konečníku s výskytem píštělí v okolí konečníku mohou svědčit o výskytu idiopatickém střevním zánětu (5, 7). Při **laboratorním vyšetření** krve se u pacientů s ulcerózní kolitidou může objevit anemie, leukocytóza, trombocytóza, zrychlená sedimentace a zvýšená koncentrace C – reaktivního proteinu (CRP). K vyloučení specifického (infekčního) střevního zánětu se provádí mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice (3). **Rektoskopie** je zobrazovací vyšetřovací metoda sloužící k vyšetření konečníku tuhým přístrojem (endoskopem). Vyšetřuje se 20 – 25 cm konečníku od svěračů. K tomuto vyšetření není nutné celkové vyprázdnění střeva, postačí příprava klyzmaty. Celkové vyšetření tlustého střeva pomocí endoskopu (flexibilního přístroje) se nazývá **koloskopie**. U ulcerózní kolitidy toto vyšetření slouží především k zjištění rozsahu střevního zánětu. Při vyšetření je možné odebrat ze sliznice střeva drobné biologické vzorky k mikroskopickému vyšetření (biopsie). Tímto vyšetřením můžeme diagnostikovat onemocnění a odlišit ho od jiných zánětů nebo od nádorových změn na střevě. Přípravu před koloskopií je nutno zahájit 2 – 3 dny před samotným vyšetřením. Pacient musí dodržovat bezesbytkovou dietu. Den před vyšetřením má pacient pouze tekutou stravu. Střevo se čistí pomocí roztoku kontrastních solí (hořečnaté soli, fosfátové soli, makrologové preparáty). Tyto preparáty

jsou pacientovi podávány ústy odpoledne před vyšetřením. Pacient by měl vypít alespoň 3 – 4 litry tekutin. Tekutiny mohou být podávány ve formě roztoku nebo prázdnících roztoků malých objemů (fosfátové soli). Další zobrazovací metodou je **ultrasonografické vyšetření**. Při tomto vyšetření odborník stanoví tloušťku stěvních stěny, zánětlivé změny a rozsah zánětu, šíří průsvitu střeva, reliéf sliznice a měl by vyloučit další komplikace. (3, 5, 29). **Nativní snímek** břicha, tedy RTG vyšetření břicha bez použití kontrastní látky, se nepoužívá často. Využívá se pouze při podezření na komplikace ulcerózní kolitidy (toxické megakolon). Rentgenové vyšetření tlustého střeva kontrastní látkou tzv. irigoskopie, prováděné pomocí nálevu kontrastní látky do konečníku, je dnes nahrazeno koloskopií. Využívá se jí pouze v případech, kdy pacienta není možné vyšetřit koloskopicky. **Počítačová (computerová) tomografie (CT)** je náhrada za klasické rentgenové snímkování. Snímky jsou mnohem dokonalejší než snímky rentgenové. Zobrazuje rozsah zánětlivých změn, postižení měkkých tkání a odhaluje píštěle nebo zúžení (5, 19, 29). **Magnetická rezonance** slouží k dokonalému a prostorově zcela přesnému určení, kde se nacházejí píštěle, abscesy a hnisavé komplikace, které způsobil zánět v oblasti konečníku či řitního kanálu (3).

## 2.4 Průběh a komplikace ulcerózní kolitidy

### Průběh onemocnění

U většiny pacientů se střídá fáze onemocnění. Stádium, kdy se nemoc neprojevuje, nazýváme remise nebo klidové stádium. Opakem je vzplanutí, které je označováno jako relaps či akutní stadium (5). Na základě lékařské praxe lze předpokládat, že se nemoc bude chovat tak, jak se chovala v prvních třech letech od stanovení diagnózy. Pokud se příznaky vracejí několikrát do roka i při dodržované léčbě, bude se nemoc takto chovat i nadále. Nebo pokud dojde k atace a následně k dlouhodobému zklidnění, nebudou ani v budoucnu ataky častější (3).

Ulcerózní kolitidu můžeme rozdělit do skupin podle intenzity zánětu na lehké onemocnění, středně těžké onemocnění nebo těžké onemocnění. Pokud pacient trpí průjmy 4x denně a méně, ve stolici se vyskytuje malé množství krve a současně není přítomná teplota ani zrychlená srdeční akce, jedná se o lehké onemocnění. Při středně těžkém onemocnění se vyskytuje zvýšená tělesná teplota bez zrychlené srdeční akce, počet stolic s příměsí krve se pohybuje okolo 4-5 denně. Těžké onemocnění

se projevuje více než 6ti stolicemi za den. Průjmy jsou doprovázeny silným krvácením. Tělesná teplota je zvýšená. Zrychlená srdeční akce může být způsobená anemií nebo zánětlivou aktivitou (5). Proč se ulcerózní kolitida vrací a co návraty způsobuje, není jasné. Lékaři z praxe k těmto návratům připisují psychický stres, užívání širokospektrálních antibiotik a virové respirační infekce. U žen nemoc reaguje na těhotenství a užívání hormonální antikoncepce (3).

Aktivitu onemocnění zjistíme vyšetřením histologického vzorku postižené sliznice nebo z hodnoty zánětlivých ukazatelů v krvi pacienta (CRP) popřípadě stanovením indexu střevní propustnosti (19).

### **Komplikace ulcerózní kolitidy**

Komplikace u ulcerózní kolitidy je možné rozdělit na střevní a mimostřevní. Nejobávanejší střevní komplikací je stav toxické megakolon. „*Výjimečná leč závažná komplikace postihuje pouze 2 až 4 % pacientů s ulcerózní kolitidou.*“ (Červenková, Lukáš, 2009, s. 26). Vytvoří se po podání antidiarhoik (protiprůjmové léky). Hladké svalstvo střevní stěny ochrne, rozšíří se střevní průsvit a v tomto místě se začíná hromadit střevní obsah. Přerůstá zde mikrobiální flora, která produkuje do okolí toxiny (zplodiny), které mohou způsobit perforaci (proděravění) střeva a následně peritonitidu (zánět pobřišnice). Nebo toxické megakolon vznikne na podkladě septického stavu. Tato komplikace vyžaduje intenzivní lékařskou péči. Nejčastěji se řeší chirurgicky, kdy se vyjme celé tlusté střevo. Další střevní komplikací může být masivní krvácení, které není příliš časté. Vzniká narušením stěny cév v důsledku vředovitého zánětu. Komplikace je řešena okamžitou operací. Pokud ulcerózní kolitida postihuje dlouhodobě celou délku střeva, zvyšuje se riziko vzniku rakoviny tlustého střeva (3, 5). Pacienti si často neuvědomují, že mají rakovinu tlustého střeva, protože počáteční příznaky tohoto typu rakoviny jsou podobné jako u ulcerózní kolitidy (krev ve stolici, průjem a bolesti břicha) (31).

Mimostřevní komplikace postihují klouby, kůži, sliznice, oči, cévní systém, játra a žlučový systém, ledviny a srdce. Klouby převážně kolenní a hlezenní jsou postiženy enteropatickou artritidou, tedy akutním zánětem nitrokloubní blány. Projevuje se zarudnutím a bolestivostí kloubů, které odezní bez následků po skončení akutního stavu onemocnění. Na kůži se mohou objevit při aktivitě onemocnění červené bolestivé skvrny nebo rány, které jsou hluboké, hnisají a špatně se hojí. Ve sliznici dutiny ústní se vytvářejí afty, mohou se objevit i před aktivitou onemocnění. Oční záněty rohovky

a spojivky jsou bolestivou komplikací, ale nezanechávají následky. Z důvodu chronických krevních ztrát, pacienti trpí anemií (chudokrevnost) z nedostatku železa i vitamínu B12 a kyseliny listové. (3, 5).

*„U 3 až 5% pacientů s kolitidou, většinou mužů, vzniká chronický zánět žlučnických cest (primární sklerozující cholangitida). Někteří nemocní se nakonec musí podrobit transplantaci jater.“ Červenková, Lukáš, 2009, s. 28*

Nežádoucí účinky léčiv především kortikosteroidů nebo narušení vstřebávání živin způsobuje osteoporózu (řidnutí kostí). Osteoporóza je častou komplikací a postihuje 1/6 pacientů s ulcerózní kolitidou (31).

## 2.5 Léčba

Léčba tohoto onemocnění je velmi náročná a zdoluhavá. Mnohdy záleží na tom, jak se u daného pacienta nemoc projevuje. Léčení je individuální. To, co pomůže jednomu pacientovi, nemusí vůbec pomoci pacientovi druhému. Léčba lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba spočívá v podávání léků (medikamentózní léčba) a dodržování správné výživy. Pokud nestačí konzervativní léčba, přistupuje se k léčbě chirurgické (3).

### 2.5.1 Farmakologická léčba

**Medikamentózní léčba** udržuje období remise nemoci, v případě relapsu je cílem léčby zklidnit aktivní zánět. Při léčbě zánětů se používají aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva, protibakteriální léky i probiotika a protilátky proti cytokinům (biologická léčba).

**Aminosalicyláty** jsou většinou první léky, které jsou pacientovi podávány. Působí protizánětlivě i protibakteriálně. Používají se při léčbě lehkých a středně těžkých forem ulcerózní kolitidy a jako udržovací léčba, kdy se pomocí léků předchází vzniku nového zánětu. Aminosalicyláty je možné podávat ústy nebo lokálně (v oblasti konečníku a esovité kličky) pomocí čípků a klyzmat. Vedlejší nežádoucí účinky aminosalicylátů se u třetiny pacientů projevují bolestí hlavy, pocitem na zvracení a bolestí v podbříšku. U jiných pacientů se zvyšují hodnoty jaterních testů, mění se krevní obraz nebo vyvolá fotodermatitidu (alergii na slunce). U některých mužů

může způsobit neplodnost. Všechny tyto nežádoucí účinky vymizí po vysazení léku. Pokud podávání aminosalicylátu je bez účinku, podávají se kortikosteroidy (3, 29).

**Kortikosteroidy** jsou hormony vyrobeny synteticky. Mají protizánětlivý a imunosupresivní účinek. K léčbě idiopatických střevních zánětů se používají od 50. let 20. století. Využívají se při léčbě středně a vysoce aktivní fáze ulcerózní kolitidy, ale nehodí se k léčbě udržovací. Pacienti, kteří dostanou první dávku, kortikosteroidů, reagují velice rychle na léčbu. Léky to jsou velmi účinné, ale mají velké množství nežádoucích účinků. Způsobují osteoporózu, která vzniká na základě narušení metabolismu kostní tkáně. Narušují metabolismus cukrů, který může vést ke vzniku cukrovky. Kortikosteroidy zvyšují krevní tlak a vylučování žaludeční kyseliny. K dalším nežádoucím účinkům patří akné, možnost zhoršení psychóz, minerálový rozvrat a ztloustnutí. Délka léčby kortikosteroidy by neměla přesáhnout tři měsíce (3,5).

**Imunosupresiva** jsou látky, které snižují činnost imunitního systému, protože může vytvářet protilátky proti vlastním tkáním a tím zvětšují zánětlivou odpověď nemoci. Jako náhrada za vysoké dávky kortikoidů se využívá Azathioprin a 6-merkaptopurin. Léčba je dlouhodobá, nástup účinku se objevuje po třech až čtyřech měsících. Jsou vhodné pro udržovací léčbu. Mohou se vyskytnout tři nežádoucí účinky - nesnášenlivost, alergická reakce a porušení krvevorby. Proto je nutné po dobu léčby kontrolovat krevní obraz. Imunosupresiva nemají vliv na otěhotnění ani vývoj plodu. Mohou se tedy využívat i v těhotenství. Mezi další imunosupresiva patří cyklosporin A, který se využívá při akutní fázi ulcerózní kolitidy a methotrexate, který se používá u těžkých stavů ulcerózní kolitidy, v případě že ostatní možnosti léčby nezabírají. Jedná se o poslední možnost před chirurgickou léčbou (5).

**Biologická léčba** je určena pacientům, u kterých selhala léčba kortikosteroidy i imunosupresivy nebo nebyla natolik účinná, aby snížila agresivitu nemoci. Nepodávají se léky synteticky vyrobené jako u farmakologické léčby, ale pouze přírodní produkty. Biologická léčba pomáhá pacientům již od roku 2006. Tato léčba je účinná v 70 až 80% u dospělých pacientů, u dětských pacientů zabírá u více než 90%. Hojí se střevní sliznice a lepší se klinický stav pacientů, nutnost chirurgického zásahu je nižší. Podává se formou infuzí, které je možné aplikovat i ambulantně po dobu dvou hodin. Nejčastější nežádoucím účinkem biologické léčby je alergická reakce, která se objeví ihned při podání infuze nebo za 2 až 10 dnů. Uvádí se, že u jedné třetiny pacientů

se objeví bolesti hlavy, závratě nebo návaly. U některých se mohou vyskytnout infekce způsobené viry. Nejobávanejší je skrytá tuberkulózní infekce, proto se před zahájením biologické léčby každý pacient musí podstoupit tuberkulinovým kožním testem a RTG hrudníku, tato vyšetření se v průběhu léčby opakují. Je vědecky prokázáno, že biologická léčba nemá vliv na těhotenství. Biologická léčba je velmi nákladná, velmi účinná a v České republice ji poskytují 23 center (3).

**Protibakteriální léčba** (antibiotika, chemoterapeutika) snižuje množství cizorodých látek (antigenů) ve střevě a tím zmírňuje zánětlivé projevy, také ale mohou změnit mikrobiální obsah ve střevě. Používají se preparáty chinolonové řady (ofloxacin, ciprofloxacin) a chemoterapeutika (metranitazol). Širokospektrá antibiotika se nepoužívají, protože mohou zhoršit střevní mikroflóru, v některých případech i vyvolat akutní vzplanutí nemoci. **Probiotika** se podávají preventivně při léčbě antibiotické. Obsahují živou mikrobiální flóru. U nespecifických střevních zánětů je prokázáno, že dochází ke změně střevní mikroflóry, proto je vhodné podávání probiotik. Využívají se v udržovací fázi ulcerózní kolitidy. **Léčba umělou výživou** se využívá, pokud příjem potravy přirozenou cestou není dostatečný. Cílem je zlepšit nutriční stav pacienta. Enterální výživa může úplně nebo částečně nahrazovat běžnou stravu. Podává se u pacientů, kteří trpí velkými a aktivními zánětlivými procesy. Je tedy třeba podávat enterální výživu, která nezatěžuje trávicí ústrojí a obsahuje vitaminy, ionty a stopové prvky, oligopeptidy, aminokyseliny, sacharidy a snadno vstřebatelné lipidy. Energetický příjem musí být vyvážený. Parenterální výživa se podává ve formě infuzních roztoků. Jde o krátkodobé podávání výživy u pacientů, kteří se ocitli ve vážném zdravotním stavu a nejsou schopni zpracovávat stravu trávicím ústrojím. Při substituční léčbě jde o nahrazování látek, které si organismu nedokáže sám dostatečně vytvořit. Při léčbě kortikosteroidy se podává kalcium, kalium a magnezium. Někteří pacienti potřebují doplňovat zásoby železa, které je nutné k tvorbě krevního barviva (hemoglobinu). **Psychoterapie** může pacientům pomoci odbourávat stres, který má vliv míru imunitní reakce. Podle lékařů i pacientů může stres vyvolat vzplanutí nemoci nebo způsobit hlubokou imunosupresi (3,5).

### 2.5.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se provádí ve třech situacích, kdy medikamentózní léčba nedokáže zklidnit zánět, či průběh prudkého zánětu nereaguje na intenzivní léčbu nebo při vzniku předrakovinných ložisek na sliznici tlustého střeva.

Pokud se provádí operace u ulcerózní kolitidy, vždy se musí odebrat celé tlusté střevo, i když by byla poškozena jenom část tlustého střeva. Důvodem je možný výskyt nového zánětu na dosud nepoškozené části střeva. Existují tři možné varianty vyjmutí tlustého střeva. **Proktokolektomie** – jedná se o vyjmutí celého tlustého střeva i konečníku a vytvoření terminální ileostomie (vývod tenkého střeva přes dutinu břišní). Výkon se provádí u pacientů vyššího věku. Po výkonu pacient nemusí užívat léky ani dodržovat dietu. **Ileorektální anastomóza se subtotalní kolektomií** – odebere se celé tlusté střevo, konečník je ponechán a napojí se na něj tenké střevo. Tento výkon je dnes spíše výjimečný. Nevýhodou je, že v postižené části konečníku se mohou objevovat zánětlivé změny, které opět pacientovi zneprůjemňují život. **Proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza** – výkon je v posledních letech velmi rozšířen. Odstraňuje se při něm celé tlusté střevo i konečník, ponechán je pouze řitní kanál. Vytvoří se vak z několika kliček tenkého střeva (pouch) ve tvaru písmene J, na který se našije konec análního kanálu. Jsou tedy zcela odstraněny části zasažené zánětem a je zachován přirozený odchod střevního obsahu řitním otvorem (3, 29).

### 2.6. Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je významnou komplexní složkou zdravotní péče. Jde o soubor odborných činností, které jsou zaměřené na prevenci. Cílem ošetrovatelské péče je udržet a podporovat zdraví, navrátit zdraví a rozvíjet soběstačnost pacienta. Důležitá je spolupráce s rodinou a příbuznými. Pozorování a rozhovor s nemocnou osobou vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. U pacientů s ulcerózní kolitidou je potřeba se zaměřit na projevy nemoci, jako jsou: bolesti břicha, průjmy, zácpa, snížení tělesné hmotnosti a dietní opatření i možnost výskytu komplikací spojené s tímto onemocněním (1, 17, 32).

### **2.6.1 Ošetrovateľské problémy u pacientů s ulcerózní kolitidou**

Nejčastější ošetrovateľské problémy u pacientů s ulcerózní kolitidou. Akutní bolest jako následek defektu na sliznici střeva. Bolest je subjektivní zážitek, který vždy existuje, kdykoli nemocný sděluje, že má bolest. Bolest je do jisté míry účelná. Je varovným signálem, který upozorňuje na stav ohrožení. Pro pochopení nemocného musí sestry nechat pacientovi prostor, aby se slovně vyjádřil k bolesti a přiblížil, jak bolest vnímá. Bolest lze léčit psychoterapií bolesti a farmakologicky podáváním analgetik až silných opioidů. (15, 17)

Porucha vyprazdňování, průjem z důvodu hlavního onemocnění. Jedná se o časté vylučování tekuté stolice. Stolice může obsahovat zbytky potravy i některé patologické příměsi – krev, hnis, hlen. Pacient trpící průjmem obtížně kontroluje nucení na stolicí. Průjem je často spojován s bodavou a křečovitou bolestí. Pokud průjem přetrvává, podráždí se kůže v anální oblasti, které je nutné věnovat zvýšenou pozornost. U dlouhodobého průjmu pacient pociťuje únavu, slabost, bolest hlavy a hubnutí. Průjem může způsobit ztráty elektrolytů a tekutin v krátkém časovém období. (15, 17)

Snížení (pokles) tělesné hmotnosti v důsledku nedostatečného vstřebávání živin a dietní opatření. Výživa ovlivňuje zdraví člověka, jeho duševní pohodu a u nemocných v nemalé míře průběh onemocnění. Dietní opatření je důležité zejména u onemocnění trávicího traktu. Příznaky provázející onemocnění jako jsou průjmy, zácpa a bolest mohou vést k dehydrataci, nerovnováze elektrolytů a poklesu základních živin. To může způsobovat další problémy jako únavu a slabost. Strava by měla být dobře vyvážená s vysokým obsahem bílkovin, komplexních sacharidů a tuků. Každé tělo reaguje jinak na příjem potravy, každému jedinci vyhovují jiné potraviny. Pokud pacient vyzoruje potraviny, které spouštějí střevní problémy, měl by se jim vyvarovat (15, 17, 30).

### **2.6.2 Ošetrovateľské cíle a plán péče**

Cílem ošetrovateľské péče je především ulevit pacientům od bolesti. Následně po uklidnění zdravotního stavu, je důležité edukovat pacienty o dietním opatření a jeho významu. Upravit životní styl, zakázat užívání alkoholu. Informovat pacienty o úpravě režimu, dodržování správné životosprávy, důležitosti pravidelných kontrol u gastroenterologa. Poučit pacienty o možnosti vyskytnutí komplikací spojené s onemocněním a srozumitelné vysvětlení užívání léků. (15)



Nemocný je většinou hospitalizován na interním oddělení z důvodu diagnostických nebo naplánování vhodné léčby. Ošetrovatelský plán péče se odehrává na základě celkového zdravotního stavu pacienta. Vhodné je umístit pacienta v blízkosti toalet, pro případ výskytu průjmů. Uspokojování biologických potřeb zahrnuje péči o vyprazdňování, sledování počtu stolic, výskytu krve, hnisu či hlenu ve stolici, vše je důležité správně zaznamenat. U poruchy soběstačnosti je nutné zajistit podložní mísu. Podstatná je monitorace i dalších symptomů onemocnění, bolest, její lokalizace a intenzita, laboratorní hodnoty, fyziologické funkce, hmotnost pacienta, působení léků a psychický stav pacienta. Při péči o výživu a dietní opatření se v akutní fázi pacient řídí bezezbytkovou dietou, která nezatěžuje střeva. Následně je důležité edukovat pacienta o vhodných potravinách, aby nezatěžoval trávicí trakt. Hygienickou péči si soběstačný pacient zajišťuje sám, při vyskytnutí obtíží je nutná pomoc. Nutné je informovat pacienta o správné hygieně v místě konečníku. Nezbytnou částí ošetrovatelské péče je dbát na dostatek fyzického a psychického odpočinku. Nevystavovat pacienta stresovým situacím a zajistit klidný spánek. (15)

Z nejčastějších diagnóz z Ošetrovatelské diagnózy NANDA 2009-2011 bylo vybráno:

- „*Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu (00025)*“ NANDA International, 2010, s. 83
- „*Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)*“ NANDA International, 2010, s. 70
- „*Zácpa (00011)*“ NANDA International, 2010, s. 98
- „*Průjem (00013)*“ NANDA International, 2010, s. 103
- „*Inkontinence stolice (00014)*“ NANDA International, 2010, s. 97
- „*Únava (00093)*“ NANDA International, 2010, s. 129
- „*Zhoršená sociální integrace (00052)*“ NANDA International, 2010, s. 218
- „*Strach (00148)*“ NANDA International, 2010, s. 252
- „*Úzkost (00146)*“ NANDA International, 2010, s. 234
- „*Riziko narušení integrity kůže (00047)*“ NANDA International, 2010, s. 309
- „*Akutní bolest (00132)*“ NANDA International, 2010, s. 342
- „*Chronická bolest (00133)*“ NANDA International, 2010, s. 343
- „*Sociální izolace (00053)*“ NANDA International, 2010, s. 344
- „*Narušený obraz těla (00118)*“ NANDA International, 2010, s. 191

## **2.7 Život pacienta s ulcerózní kolitidou**

### **2.7.1 Stravování**

Dosud nebylo zjištěno, že by některé potraviny ulcerózní kolitidu způsobovali. Je ale možné stravováním ovlivnit příznaky onemocnění a doplnit chybějící živiny. Neexistuje dieta, která by byla vhodná pro všechny pacienty se střevními idiopatickými záněty. Dietní opatření je velmi individuální. To, co vyhovuje jednomu pacientovi, nemusí vyhovovat druhému. A to, co vyhovovalo nemocnému před rokem, nemusí vyhovovat za rok. Některé diety jsou doporučovány v čase. Při léčbě kortikosteroidy je doporučována dieta s nízkým obsahem soli, aby se zabránilo zadržování vody. Při zácpě je doporučována dieta s nízkým obsahem vlákniny a při poklesu tělesné hmotnosti je doporučována dieta s vysokým obsahem kalorií. U pacientů s nespecifickými střevními záněty může dojít k poklesu některých vitamínů a minerálů (vitamin B12, kyselina listová, vitamin C, železo, vápník, zinek a hořčík). Tyto nedostatky lze napravit pomocí doplňků stravy. Bolest břicha a horečka může způsobit ztrátu chuti k jídlu a hubnutí. Průjemy a krvácení mohou připravit tělo o tekutiny, minerály a elektrolyty. A tyto živiny musí být v těle v rovnováze, aby tělo mohlo správně fungovat. U tohoto onemocnění je velmi důležité se správně stravovat. Strava by měla být vyvážená, aby se zabránilo nutričním nedostatkům. Obsahovat by měla různé potraviny ze všech skupin potravin. Maso, ryby, drůbež, mléčné výrobky a další jako zdroje bílkovin. Obiloviny, škrob, ovoce a zelenina a další jako zdroje sacharidů. Oleje a margarín jako zdroje tuků (28).

Pacienti s idiopatickými střevními záněty potřebují tekutiny stejně, jako zdraví lidé. Nejméně by měli vypít 1,5 litru za den. Při vzplanutí nemoci dochází ke ztrátám tekutin a je tedy nutné zvýšit jejich příjem. Ovocné džusy nejsou příliš vhodné, protože dráždí střevní sliznici, silná káva a čaj urychlují vyprazdňování a zhoršují průjem. Není prokázána žádná vazba mezi alkoholem a idiopatickými střevními záněty. Alkohol je stejně problematický jako u zdravého člověka. Někteří pacienti s ulcerózní kolitidou zároveň trpí nesnášenlivostí mléka a mléčných výrobků. V tomto případě je potřebný individuální přístup, aby bylo zachováno dostatečné množství vápníku ve stravě (6).

### **2.7.2 Aktivní odpočinek**

Pacienti s ulcerózní kolitidou musí svůj denní režim a aktivity plánovat a podřizovat své nemoci. Specifické problémy způsobené nemocí mohou některým pacientům komplikovat jak cvičení, tak i jiné zájmové aktivity. Pacienti s IBD by měli vykonávat fyzickou aktivitu pro udržení normální tělesné hmotnosti a zároveň napomáhat trávení. Cvičení vede k pocitům pohody (22).

V roce 1998 byly navrženy pokyny pro pacienty s IBD, které podporují celkové zdraví, minimalizují svalovou slabost a zlepšují hustotu kostního minerálu. Pacienti by měli aerobně cvičit 20 – 60 minut až pětkrát týdně. Vhodné je doplnění svalovým tréninkem dvakrát týdně. V současné době je prokázáno, že pravidelné cvičení snižuje vznik rakoviny tlustého střeva až o 50%. Cvičení je také spojováno se zvýšenou psychickou pohodou a zlepšení kvality života. Při intenzivním cvičení či extrémní zátěži mohou u pacientů nastat problémy jako jsou křeče v břiše, nadýmání, průjem, nevolnost a inkontinence stolice. Tyto problémy jsou přičítány k sníženému průtoku krve do střeva. Odborná literatura doporučuje pacientům jejich fyzickou aktivitu konzultovat se svým lékařem (21).

### **2.7.3 Cestování**

Mnoho pacientů pomocí dostupné léčby idiopatických střevních zánětů dosáhne dobré kontroly nad nemocí. Dosažením remise a navrácením kvality života mohou naplnit touhu po cestování, ať do zahraničí, z pracovních důvodů nebo jen za rekreačními účely. Vždy je ale nutné myslet na preventivní opatření. Při cestování do rozvojových zemí je u pacientů s IBD vyšší riziko získání infekčního onemocnění než u zdravých lidí. Při plánování trasy autem si mohou pacienti předem zjistit, kde jsou dostupné toalety. Při cestování autobusem, vlakem nebo letadlem je třeba, aby si pacienti zkontrolovali, zdali jsou na palubách těchto dopravních prostředků dostupné toalety, popřípadě je-li možné si rezervovat sedadla poblíž nich. U dlouhodobého letu jsou vhodná protiprůjmová opatření. Vzduch v letadlových kabinách bývá velmi suchý, proto by se pacienti měli vyhýbat alkoholu a kofeinu, aby nedošlo k dehydrataci (31).

#### **2.7.4 Sociální role**

Diagnostikování ulcerózní kolitidy může ovlivňovat pacienta při plnění sociálních rolí. Při zvýšené aktivitě nemoci pacienti bývají unavení, trpí bolestmi. Důležité je, aby jim rodina umožnila dostatek odpočinku a pochopení, poskytovala podporu, byla trpělivá a empatická. Rodina by měla pochopit, jak nepříjemné může být onemocnění. Projevy nemoci nadýmáním a kontrola nad větry může být obtížná a mnohdy vede k trapným situacím. Společenský život se může stát náročnější, ale s podporou okolí a správným plánováním je možný. Onemocnění může způsobovat potíže ve vztazích, které mohou být stresující. Pacienti by se měli podělit o své pocity s partnerem bez pocitů viny. Správně fungující vztah vyžaduje otevřenou komunikaci. Vhodná je konzultace s kvalifikovaným poradcem. Sexuální vztahy mohou být složité a bez podpory a porozumění partnera mohou vést až k ukončení vztahu, které je vždy provázeno velkým množstvím stresu a úzkosti (23).

#### **2.7.5 Profesní život**

Diagnostikovaná ulcerózní kolitida, může vést ke změně v zaměstnání. Každá profese má svá specifika, která nemusí vyhovovat pacientovi. Změna zaměstnání může mít finanční dopad na rodinný život. Často se u pacientů vyskytují pocity frustrace. Důležitá je podpora rodiny, aby mohli nadále vést normální život (23).

Pracovat s touto nemocí je velmi těžké, očekávání ostatních je, že nemocný bude fungovat jako zdravý člověk. Mnozí nechápou, s čím se nemocný musí vyrovnávat, neznají příznaky nemoci, které ovlivňují pracovní výkonnost. Pacienti by měli zůstat dostatečně hydratovaní, aby nedošlo ke klesání energetické hladiny. Místo velkých porcí jídla, které následně způsobují únavu, by pacienti měli jíst častěji a menší porce. Malá fyzická aktivita v podobě procházky napomáhá tělo udržet v pohybu a částečně odbourá napětí (25).

Pacienti se potýkají s neporozuměním zaměstnavatelů. Ranní příchody do práce mohou být opožděny, kvůli potřebám na toaletu. Ne vždy je pacientům flexibilní pracovní doba tolerována (26).

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Cíle práce a výzkumné otázky**

#### **Cíle práce bakalářské práce**

- Cíl 1** – zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pocít'ují omezení v aktivním odpočinku
- Cíl 2** – zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pocít'ují omezení při cestování
- Cíl 3** – zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pocít'ují vliv nemoci na profesní život
- Cíl 4** – zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pocít'ují omezení při plnění sociálních rolí
- Cíl 5** – zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pocít'ují omezení při stravování v akutní fázi onemocnění

Na základě stanovených cílů bakalářské práce a pilotní studie byly sestaveny výzkumné předpoklady:

1. Předpokládám, že více jak 60% pacientů pocít'uje omezení v aktivním odpočinku a při sportu.
2. Předpokládám, že více jak 80% pacientů s ulcerózní kolitidou pocít'uje omezení při cestování.
3. Předpokládám, že více jak 70% pacientů onemocnění ulcerózní kolitida omezuje při plnění pracovních povinností.
4. Předpokládám, že více jak 10% pacientů změnilo zaměstnání v důsledku nemoci ulcerózní kolitida.
5. Předpokládám, že více jak polovina pacientů s ulcerózní kolitidou pocít'ují omezení v plnění sociálních rolí.
6. Předpokládám, že více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou omezuje onemocnění ve stravování v akutní fázi nemoci a museli pozměnit jídelníček.

## **3.2 Metodika výzkumu**

### **3.2.1. Výběr zkoumaného vzorku**

Výzkum byl zaměřen na respondenty s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Výzkum byl realizován ve Všeobecné nemocnici v Praze na IV. interní klinice - klinice gastroenterologie a hepatologie. Malá část dotazovaných byla z řad příbuzných a přátel. Výzkum byl prováděn v období leden – květen 2014 po souhlasu Etické komise Všeobecné nemocnice v Praze (Příloha č. 3). Konečný počet respondentů byl 84, obsahoval ženy i muže s diagnózou ulcerózní kolitida.

### **3.2.2. Metoda výzkumu**

Použita byla metoda kvantitativního anonymního dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Dotazník obsahoval 25 uzavřených otázek. Celkové znění dotazníku je uvedeno v příloze (Příloha č. 1).

### **3.2.3. Zpracování výsledků výzkumného šetření**

Vyplněné dotazníky byly přepsány do tabulkového editoru Microsoft Excel 2012., kde byly pomocí statistických metod vypočteny výsledné hodnoty. K výpočtům byly použity funkce absolutní a relativní četnosti, které dále byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů. U otázek, kde byla možnost zaškrtnout více odpovědí, se použila mimo jiné poměrná četnost, která dává informaci, jaká možnost byla nejčastěji odpovězena.

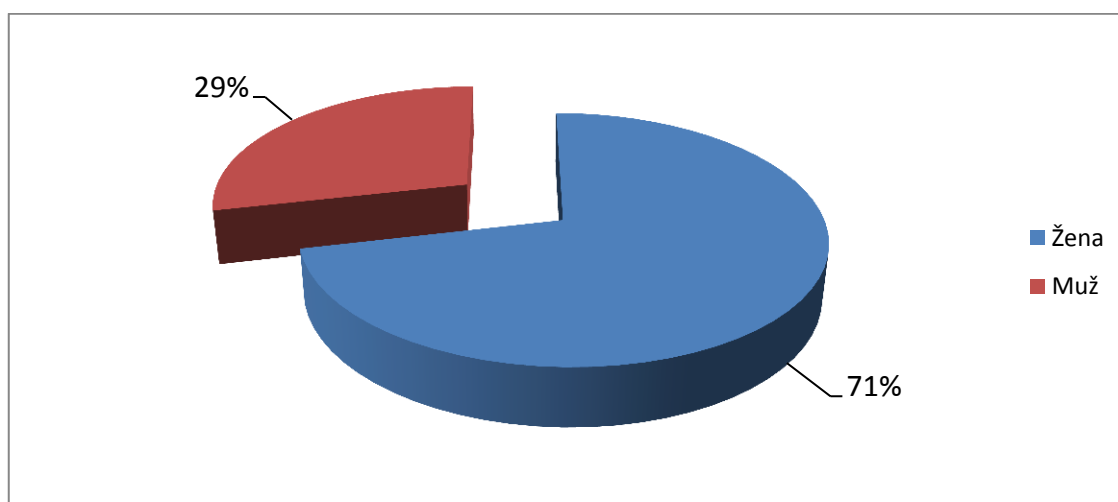
### 3.3 Výsledky výzkumu a jeho analýza

#### Položka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 1 Zastoupení pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	60	71%
Muž	24	29%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Na otázku „Jaké je Vaše pohlaví?“ odpovědělo 84 (100%) z toho 60 (71%) respondentů bylo ženského pohlaví a 24 (29%) dotazovaných mužského pohlaví.



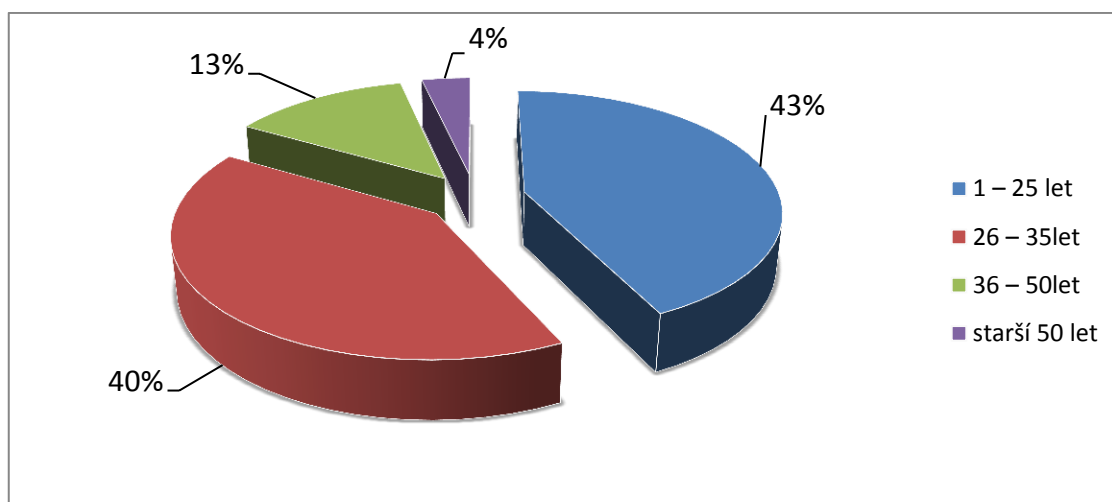
Graf 1 Zastoupení pohlaví

## Položka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tab. 2 Věkové zastoupení

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 – 25 let	36	43%
26 – 35let	34	40%
36 – 50let	11	13%
starší 50 let	3	4%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu respondentů 84 (100%) bylo největší zastoupení 36 (46%) ve věku 15-25 let, ve věku 26-35 let byla četnost 34 (40%), ve věku 36-50 let počet činil 11 (13%) a počet respondentů starších 50 let byli 3 (4%).



Graf 2 Věkové zastoupení

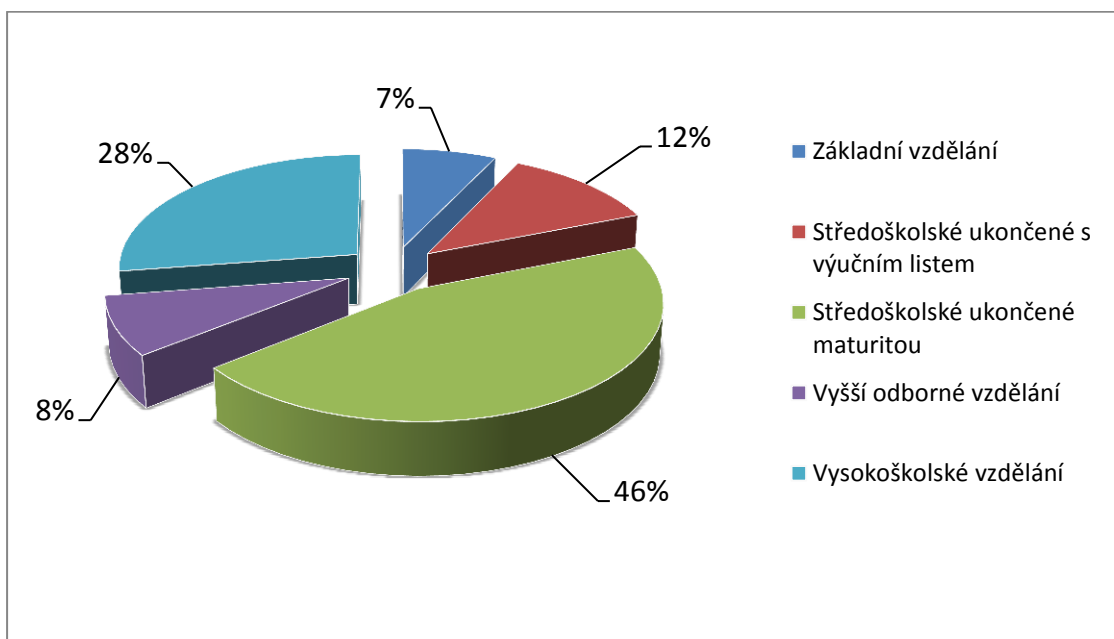


### Položka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 3 Nejvyšší dokončené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	6	7%
Středoškolské ukončené s výučním listem	10	12%
Středoškolské ukončené maturitou	38	46%
Vyšší odborné vzdělání	7	8%
Vysokoškolské vzdělání	23	27%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Nejčastější dosažené vzdělání respondentů 84 (100%) bylo středoškolské ukončené s maturitou 38 (46%), 23 (27%) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 10 (12%) respondentů mělo ukončené vzdělání středoškolské s výučním listem, vyššího odborného vzdělání docílilo 7 (8%) respondentů a nejnižší počet respondentů 6 (7%) základního vzdělání.



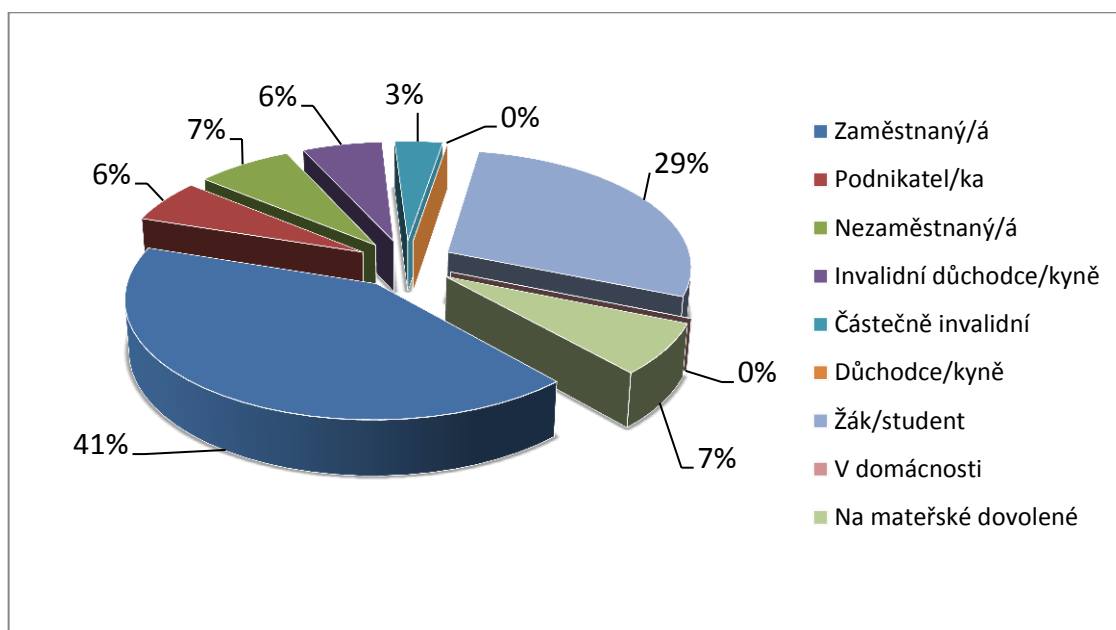
Graf 3 Nejvyšší dokončené vzdělání

#### Položka č. 4: Zaměstnání

Tab. 4 Zaměstnání

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnaný/á	35	41%
Podnikatel/ka	5	6%
Nezaměstnaný/á	6	7%
Invalidní důchodce/kyně	5	6%
Částečně invalidní	3	4%
Důchodce/kyně	0	0%
Žák/student	24	29%
V domácnosti	0	0%
Na mateřské dovolené	6	7%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

V 84 (100%) odpovědích nejvyšší četnost tvořili zaměstnaní 35 (41%), druhou největší skupinou byli žáci/studenti 24 (29%), nezaměstnaní o četnosti 6 (7%) a shodný počet tvořila skupina na mateřské dovolené 6 (7%), zastoupení počtem 5 (6%) byli podnikatelé a invalidní důchodci ve stejném počtu 5 (6%), částečně invalidní tvořili počet 3 (4%) a nulové zastoupení respondentů bylo ve skupinách v domácnosti 0 (0%) a důchodce/kyně 0 (0%).



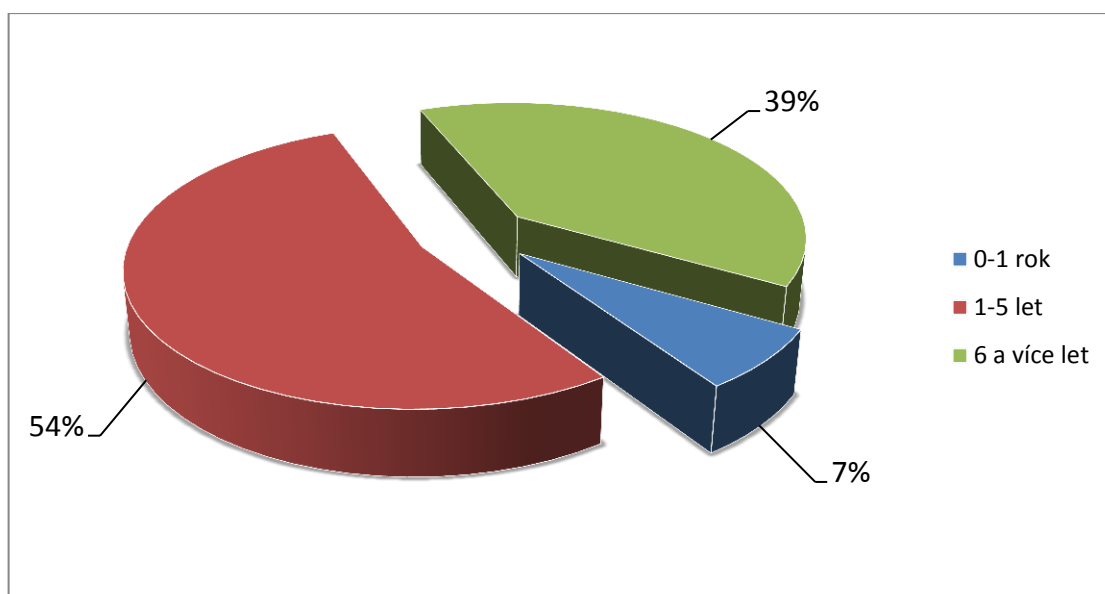
Graf 4 Zaměstnání

### **Položka č. 5: Jak dlouho trpíte onemocněním – ulcerózní kolitida?**

Tab. 5 Délka onemocnění respondentů

<b>Doba onemocnění</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
0-1 rok	6	7%
1-5 let	45	54%
6 a více let	33	39%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Největší množství respondentů z celku 84 (100%) tvořili pacienti 45 (54%) s dobou zjištěného onemocnění 1-5 let, v četnosti 33 (39%) žijí respondenti s onemocněním 6 a více let, nejnižší počet doby onemocnění byl 6 (7%) respondentů.



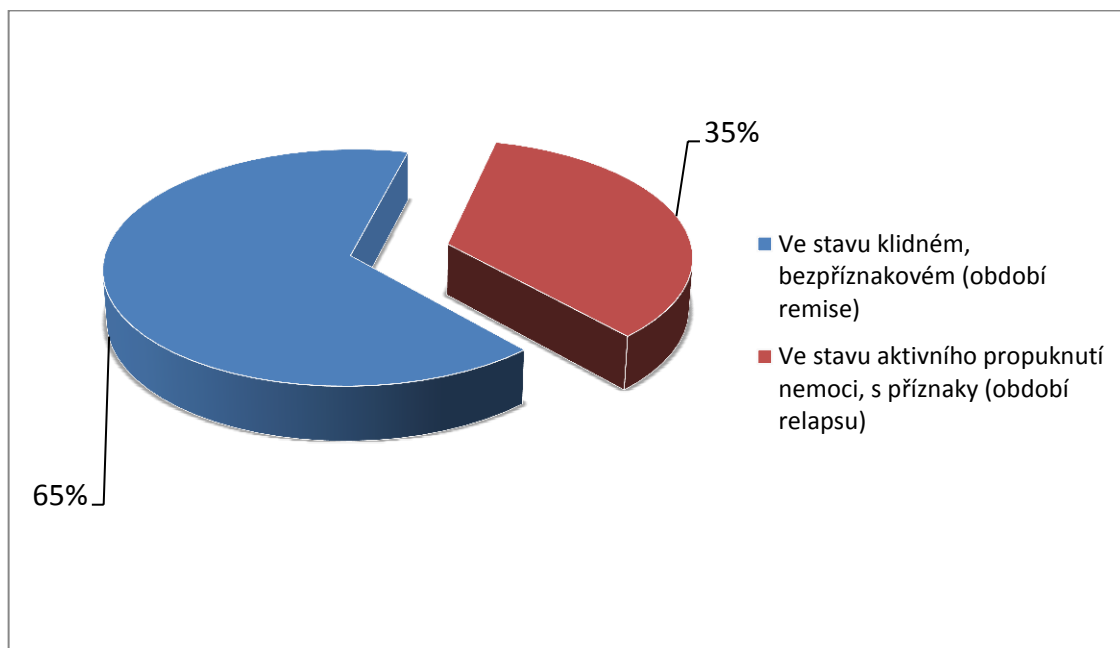
Graf 5 Délka onemocnění respondentů

**Položka č. 6: V jakém stádiu se momentálně nachází Vaše onemocnění?**

Tab. 6 Stav onemocnění

<b>Momentální stav nemoci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ve stavu klidném, bezpříznakovém (období remise)	55	65%
Ve stavu aktivního propuknutí nemoci, s příznaky (období relapsu)	29	35%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu respondentů 84 (100%) se nacházelo 55 (65%) ve stavu klidném bezpříznakovém (období remise) a 29 (35%) ve stavu aktivního propuknutí nemoci, s příznaky (období relapsu).



Graf 6 Stav onemocnění

**Položka č. 7: Jakými projevy onemocnění trpíte nejčastěji? (možnost zaškrtnout více odpovědí)**

Tab. 7 Nejčastější projevy onemocnění

<b>Projevy onemocnění</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Poměrná četnost</b>
Průjem	71	19%	85%
Zácpa	7	2%	8%
Křeče	38	10%	45%
Bolesti břicha	58	15%	69%
Zvýšená tělesná teplota	15	4%	18%
Únava	68	18%	81%
Bolesti kloubů	31	8%	37%
Nechutenství	46	12%	55%
Úbytek na váze	39	10%	46%
Jiné	5	1%	6%
<b>Celkem:</b>	378	100%	

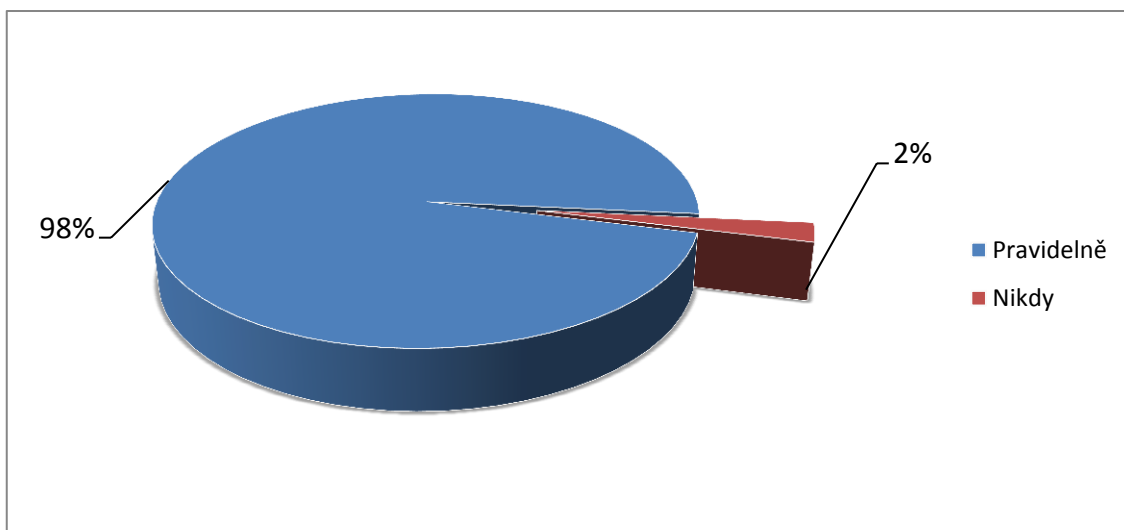
Na tuto otázku měli respondenti možnost odpovídat vícero odpovědí, které jsou příslušné jejich projevům onemocnění. V této výzkumné otázce byl dále zahrnut výpočet poměrné četnosti na počet respondentů z důvodu zjištění, jak častou odpovědí to bylo pro každého respondenta. Absolutní četnost odpovědí byla v součtu 378 (100%). Nejčastějšími projevy onemocnění byly průjem, únava a bolesti břicha 58 – 71 (15 – 19%), což činilo v poměrné četnosti 69 – 85% z 84 (100%) respondentů mající tento typ projevů. Další skupinu méně opakovaných projevů tvořilo nechutenství, zácpa, úbytek na váze, křeče a bolesti kloubů 31 – 46 (8 – 12%) a tyto projevy v poměrné četnosti vykazovalo 37 – 55% respondentů. Nejméně početnou skupinou projevů onemocnění zahrnovalo zácpu, zvýšenou tělesnou teplotu a jiné 5 – 15 (1 – 4%), odpovědi v poměrné četnosti činily 6 – 18%.

**Položka č. 8: Navštěvujete pravidelně svého gastroenterologického lékaře?**

Tab. 8 Pravidelnost navštěvování lékaře

Návštěvy lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pravidelně	82	97%
Nikdy	2	3%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu respondentů 84 (100%) pravidelně navštěvuje lékaře 82 (97%) dotazovaných a 2 (3%) dotazovaných lékaře nenavštěvují.



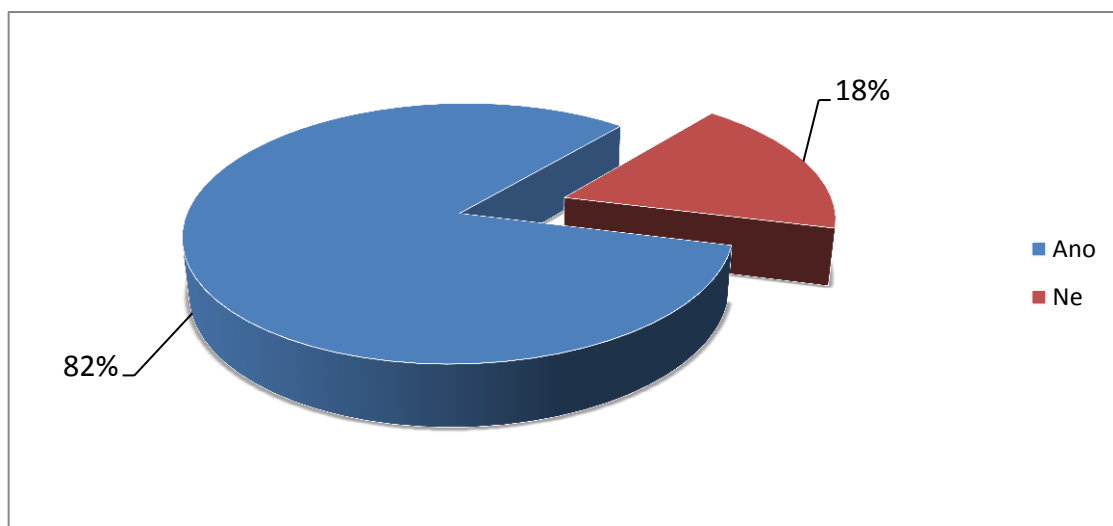
Graf 7 Pravidelné navštěvování lékaře

**Položka č. 9: Musel/a jste na základě Vašeho onemocnění pozměnit Váš jídelníček?**

Tab. 9 Vliv onemocnění na jídelníček

Změna jídelníčku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	69	82%
Ne	15	18%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Na otázku, zdali respondenti v počtu 84 (100%) pozměnili svůj jídelníček, odpovědělo 69 (82%) respondentů ano a 15 (18%) respondentů jídelníček nepozměnila.



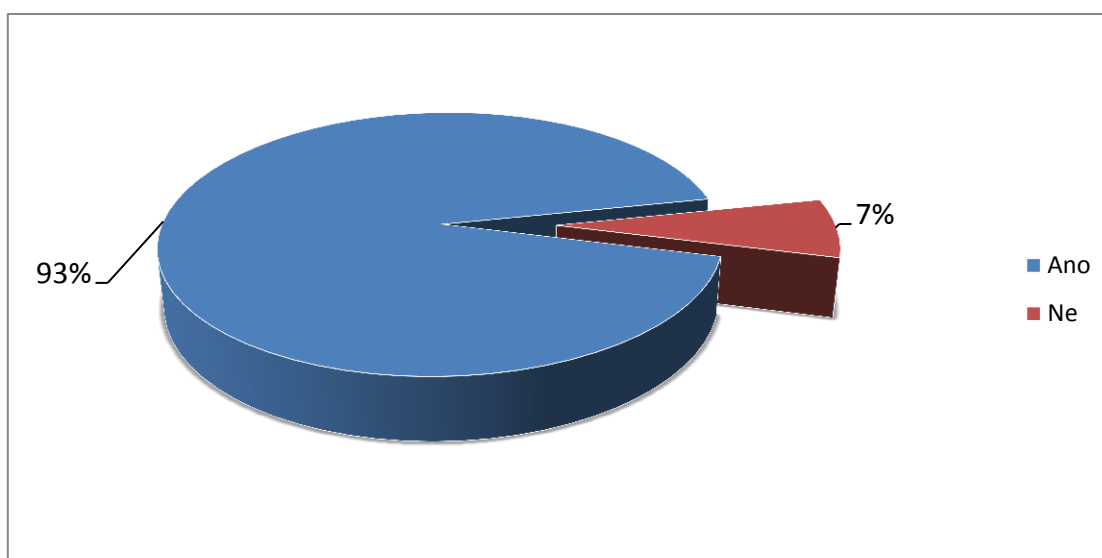
Graf 8 Procentuální zobrazení omezení jídelníčku

**Položka č. 10: Musíte se omezovat při stravování více v akutní fázi?**

Tab. 10 Omezení stravování v akutní fázi

Omezení stravování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	78	93%
Ne	6	7%
<b>Celkem:</b>	84	100%

V akutní fázi onemocnění z 84 (100%) respondentů odpovědělo 78 (93%) ano na větší omezení ve stravování a 6 (7%) respondentů se nemusí v akutní fázi omezovat.



Graf 9 Omezení stravování v akutní fázi



### **Položka č. 11: Jaké potraviny Vám silně nevyhovují?**

Tab. 11 Nesnášenlivost potravin

<b>Nevyhovující potraviny</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Poměrná četnost</b>
Ovoce	25	11%	30%
Zelenina	33	16%	39%
Pečivo	10	5%	12%
Mléčné výrobky	30	14%	36%
Luštěniny	49	22%	58%
Smažená jídla	49	22%	58%
Sladkosti	14	6%	17%
Maso	8	4%	10%
<b>Celkem:</b>	218	100%	

Na tuto otázku bylo možno odpovědět více možností a z tohoto důvodu absolutní četnost činila 218 (100%). Nejčastěji respondenti odpovídali luštěniny a smažená jídla v relativní četnosti 49 (22%), dále ovoce, zelenina a mléčné výrobky, které byli v intervalu 25 - 33 (11% - 16%), nejméně početnou skupinu potravin tvořilo maso, pečivo a sladkosti 8 - 14 (4% - 6%). Relativní četnost v tomto případě je irelevantní. Proto dále byla zkoumána poměrná četnost všech potravin v přepočtu na jednoho respondenta z celku 84 (100%). Tímto způsobem bylo zjištěno, že 49 (58%) respondentů nesnese luštěniny a smažená jídla. Skupině mezi 25 – 33 (30% - 39%) nevyhovuje ovoce a zelenina. Menšině respondentů 8 – 14 (10% - 17%) připadá nesnášenlivost masa, pečiva a sladkostí nejnižší.

### **Položka č. 12: Jaké potraviny snášíte velmi dobře?**

Tab. 12 Snášenlivost potravin

<b>Vyhovující potraviny</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Poměrná četnost</b>
Ovoce	39	16%	46%
Zelenina	32	13%	38%
Pečivo	48	20%	57%
Mléčné výrobky	29	12%	35%
Luštěniny	5	2%	6%
Smažená jídla	11	4%	13%
Sladkosti	25	10%	30%
Maso	56	23%	67%
<b>Celkem:</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>	

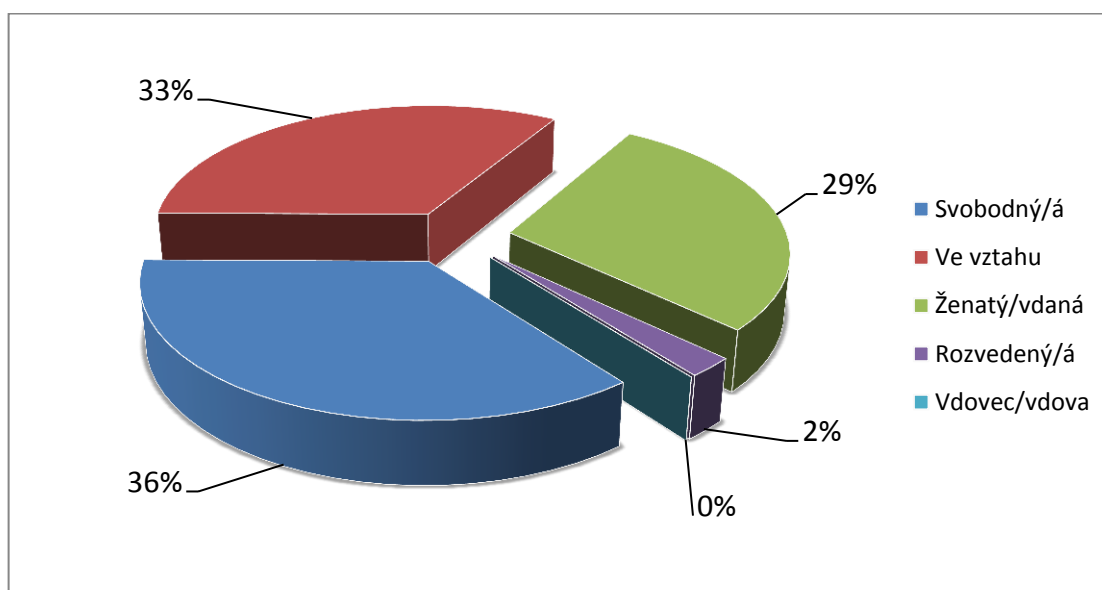
Možnost více odpovědí na tuto otázku vytvořilo absolutní četnost odpovědí 245 (100%). Tyto odpovědi potvrdily položku č. 11, kde respondenti odpovídali, které potraviny jim nevyhovují. V položce č. 12 nejčastěji respondenti si vybrali za vyhovující maso, pečivo a ovoce v počtu 39 – 56 (16% – 23%). Relativní odpovědi sladkosti, mléčné výrobky a zelenina 25 – 32 (10% - 13%) jsou standardně vyhovující. Nejméně jsou vyhovující luštěniny a smažená jídla 5 – 11 (2% - 4%). Relativní četnost plně nevyjadřuje četnost odpovědí jedním respondentem z celku 84 (100%). Poměrná četnost tímto potvrdila, že mezi vyhovující potraviny pacientů s ulcerózní kolitidou patří sladkosti, mléčné výrobky, zelenina, ovoce, pečivo a maso 25 – 56 (30% - 67%). 5 - 11 (6% – 13%) respondentů odpovědělo, že by jim luštěniny a smažená jídla vyhovovaly nejméně.

### Položka č. 13: Jaký je Váš rodinný stav?

Tab. 13 Status rodinného stavu

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	30	36%
Ve vztahu	28	33%
Ženatý/vdaná	24	29%
Rozvedený/á	2	2%
Vdovec/vdova	0	0%
<b>Celkem:</b>	84	100%

O rodinném stavu respondentů 84 (100%) by se dalo říci, že pocházeli převážně ze tří rovnoměrných skupin a to ženatý/vdaná 24 (29%), ve vztahu 28 (33%) a nejpočetnější skupinou svobodný/á 30 (36%). Nejmenší skupina byla rozvedený/á o četnosti 2 (2%).



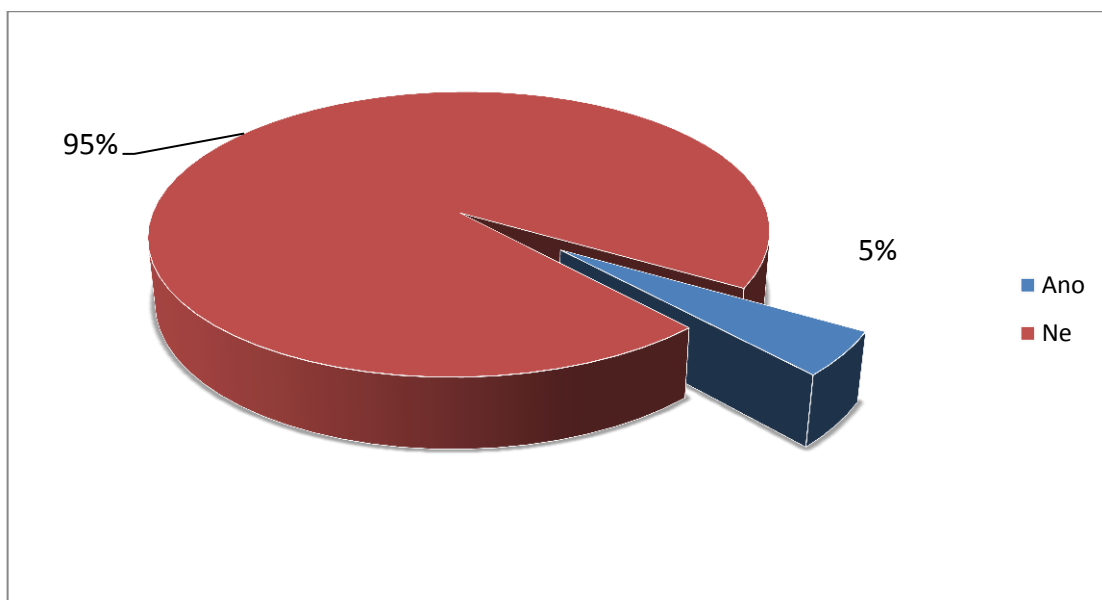
Graf 10 Status rodinného stavu

**Položka č. 14: Došlo kvůli Vašemu onemocnění ke změně Vašeho rodinného stavu?**

Tab. 14 Ovlivnění rodinného stavu onemocněním

<b>Změna rodinného stavu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	4	5%
Ne	80	95%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Na otázku, zdali došlo ke změně rodinného stavu v důsledku nemoci z celkového počtu respondentů 84 (100%) odpovědělo 80 (95%) dotazovaných ano a 4 (5%) odpovědělo ne.



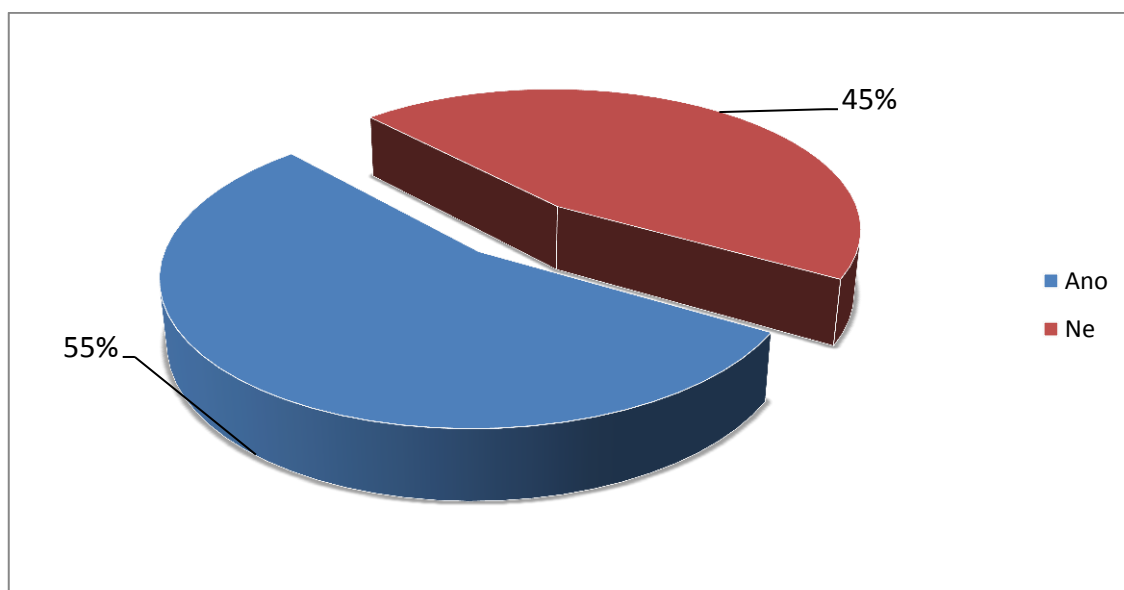
Graf 11 Ovlivnění rodinného stavu onemocněním

**Položka č. 15: Ovlivňuje Vás onemocnění při plnění některých sociálních rolích (matka/otec, student, zaměstnanec, ...)?**

Tab. 15 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí

Ovlivnění sociálních rolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	55%
Ne	38	45%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Respondenti 84 (100%) odpovídali na otázku, zdali je onemocnění ovlivňuje v plnění sociálních rolí. Ano odpovědělo 46 (55%) dotázaných a 38 (45%) respondentů odpovědělo, že nejsou ovlivňováni nemocí při plnění sociálních rolí.



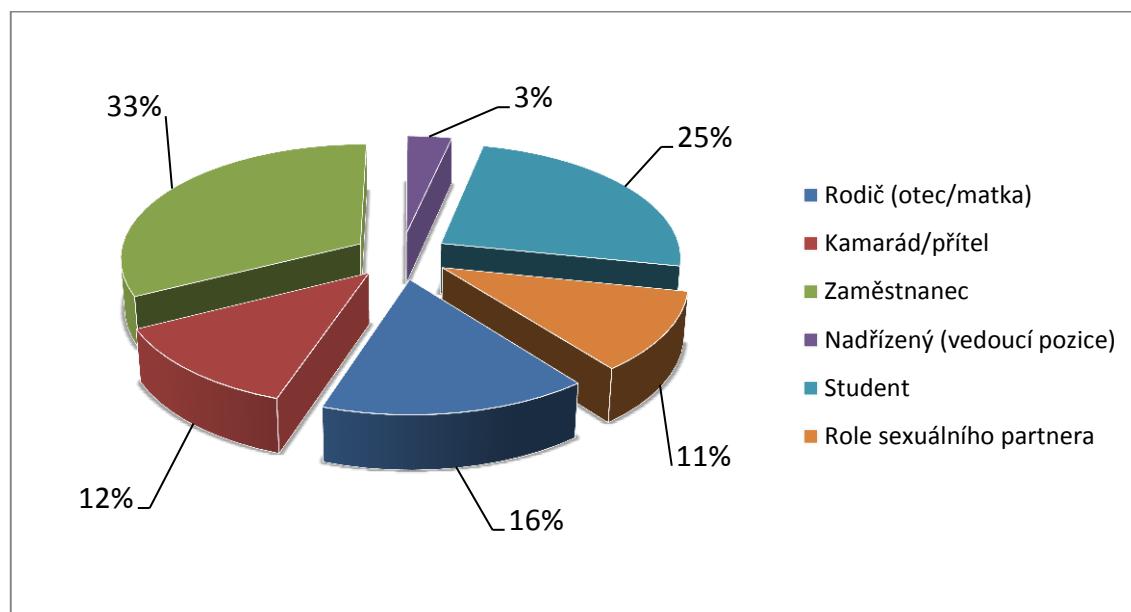
Graf 12 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí

### Položka č. 16: V jakých sociálních rolích Vás onemocnění omezuje?

Tab. 16 Omezení v sociálních rolích

Omezení v sociálních rolích	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodič (otec/matka)	14	16%
Kamarád/přítel	11	12%
Zaměstnanec	29	33%
Nadřízený (vedoucí pozice)	3	3%
Student	22	25%
Role sexuálního partnera	10	11%
<b>Celkem:</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Z výběru položky č. 15 kladných odpovědí respondentů v počtu 46 (55%) z celkového počtu 84 (100%). Měli možnost vybrat více možností, ve kterých sociálních omezeních jsou ovlivňováni v rámci onemocnění, což vytvořilo absolutní četnost odpovědí 89 (100%). Kde nejčastější odpovědí v omezení v sociální roli byl zaměstnanec 29 (33%) a student 22 (25%). Mezi méně ovlivněné sociální role patřili rodič, kamarád/přítel, role sexuálního partnera v intervalu 10 – 14 (11 – 16%). Zanedbatelné omezení pociťují lidé v roli nadřízeného (vedoucí pozice) 3 (3%).



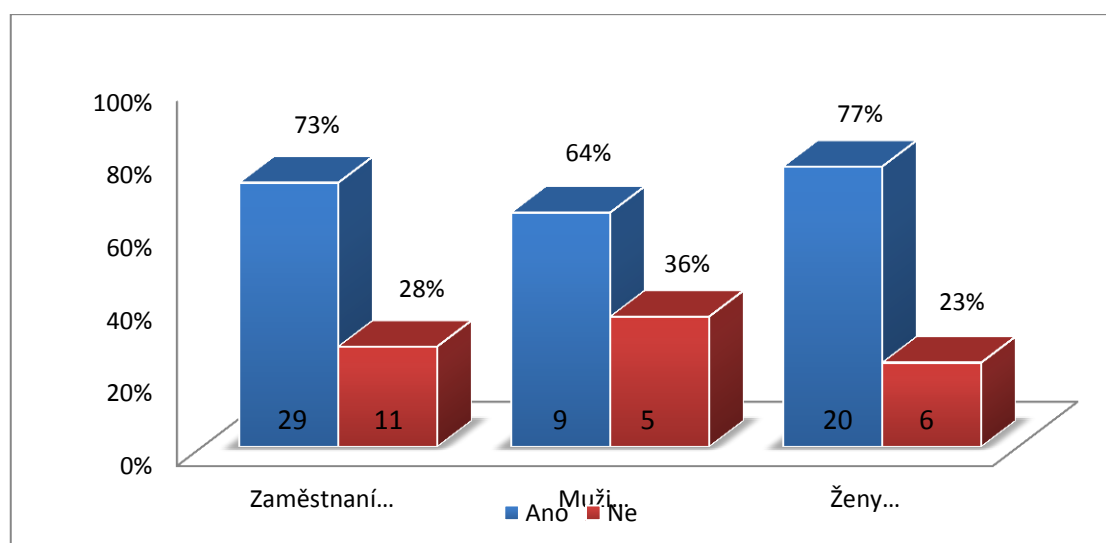
Graf 13 Omezení v sociálních rolích

### Položka č. 17: Ovlivňuje Vás onemocnění v zaměstnání?

Tab. 17 Ovlivnění v zaměstnání

Omezení v zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	73%
Ne	11	27%
<b>Celkem:</b>	40	100%
Omezení v zaměstnání muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	64%
Ne	5	36%
<b>Celkem:</b>	14	100%
Omezení v zaměstnání ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	77%
Ne	6	23%
<b>Celkem:</b>	26	100%

K vyhodnocování položek č. 17, 18 a 19 byl použit vzorek pouze ze zaměstnaných a podnikatelů v absolutní četnosti 40 (100%) z 84 respondentů. Ovlivnění v zaměstnání vykazuje 29 (73%) dotazovaných a bez omezení je 11 (27%) odpovídajících. Dále byla vyhodnocena relativní četnost kladných odpovědí mužů v porovnání s ženami, kde ženy jsou omezenější 20 (77%) v opozici s muži 9 (64%). Četnost záporných odpovědí naopak projevila vyšší četnost u mužů 5 (36%) v porovnání s ženami 6 (23%).



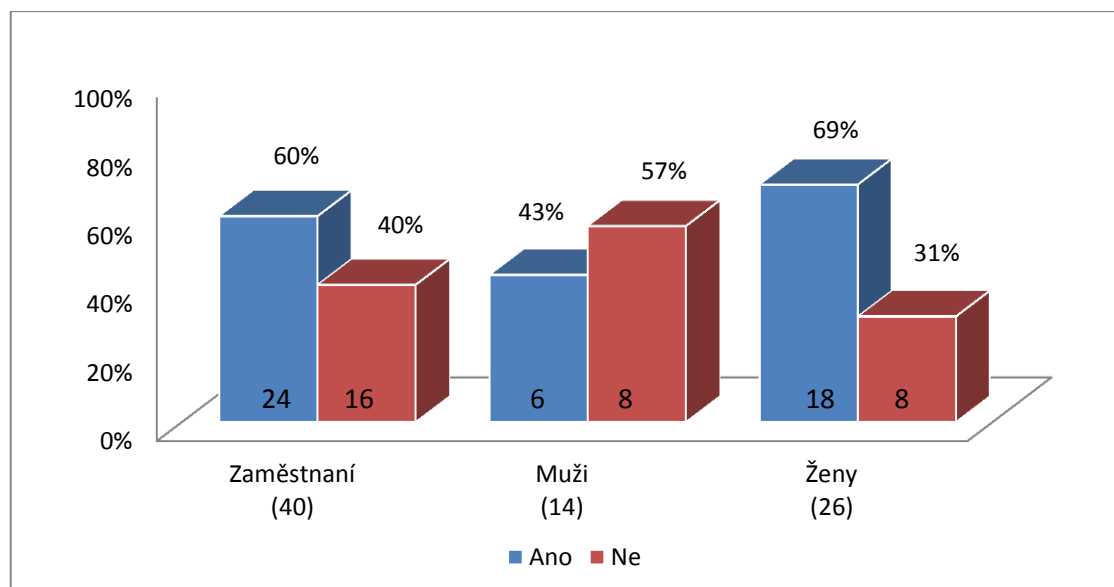
Graf 14 Ovlivnění v zaměstnání

**Položka č. 18: Brání Vám onemocnění při stresových situacích plnit Vaše pracovní povinnosti?**

Tab. 18 Omezení při stresových situacích na pracovišti

<b>Stresové situace v zaměstnání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	24	60%
Ne	16	40%
<b>Celkem:</b>	40	100%
<b>Stresové situace v zaměstnání muži</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	6	43%
Ne	8	57%
<b>Celkem:</b>	14	100%
<b>Stresové situace v zaměstnání ženy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	18	69%
Ne	8	31%
<b>Celkem:</b>	26	100%

Z celkového počtu zaměstnaných a podnikatelů 40 (100%) je omezeno stresovými situacemi v zaměstnání 24 (60%) respondentů a 16 (40%) není omezeno stresovými situacemi na pracovišti. V poměru ženy 18 (69%) jsou omezenější ve stresových situacích oproti mužům 6 (43%). Naopak muži 8 (57%) snášejí lépe stresové situace oproti ženám 8 (31%).



Graf 15 Omezení při stresových situacích na pracovišti

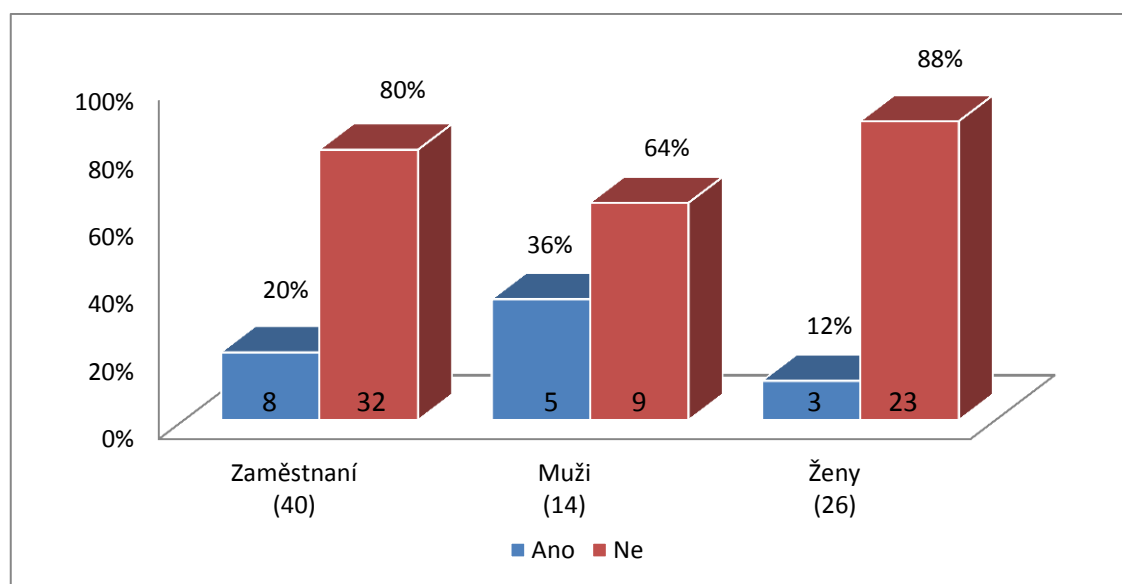


**Položka č. 19: Byl/a jste nucen/a změnit zaměstnání kvůli onemocnění?**

Tab. 19 Změna zaměstnání kvůli onemocnění

<b>Změna zaměstnání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	8	20%
Ne	32	80%
<b>Celkem:</b>	40	100%
<b>Změna zaměstnání muži</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	5	36%
Ne	9	64%
<b>Celkem:</b>	14	100%
<b>Změna zaměstnání ženy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	3	12%
Ne	23	88%
<b>Celkem:</b>	26	100%

Z vybraného vzorku zaměstnaných a podnikatelů 40 (100%) nemuselo změnit zaměstnání 32 (80%) respondentů a pouhých 8 (20%) dotazovaných změnilo zaměstnání z důvodu onemocnění. Větší počet respondentů, kteří museli zaměstnání změnit, tvořili muži v absolutní četnosti 5 (36%) v porovnání s ženami 3 (12%). Kdežto většinu respondentů, kteří zaměstnání nemuseli měnit, tvořily ženy 23 (88%) v porovnání s muži 9 (64%).



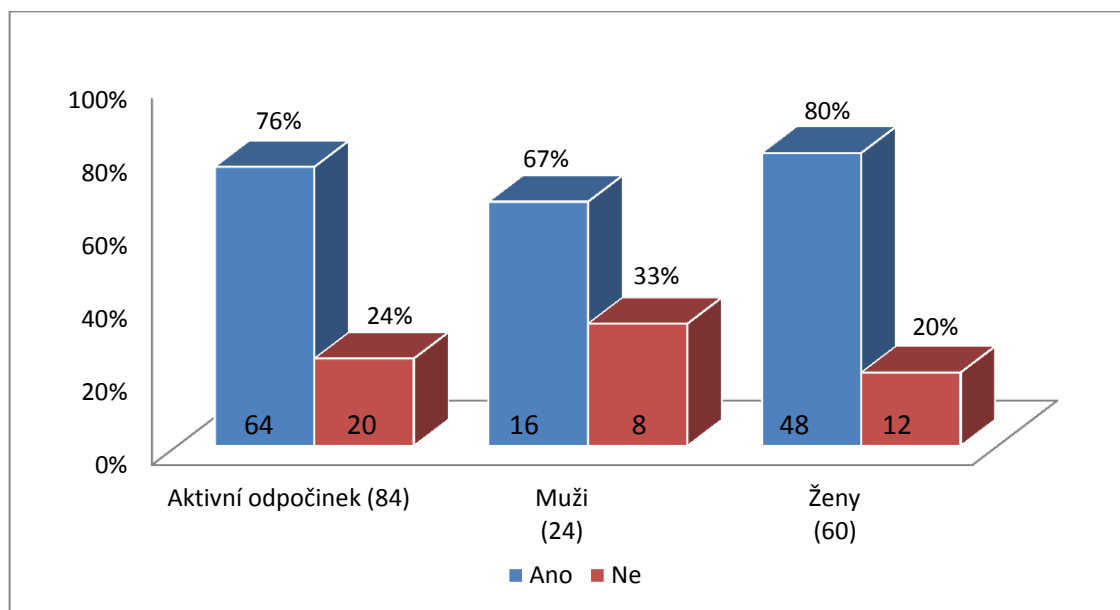
Graf 16 Změna zaměstnání kvůli onemocnění

**Položka č. 20: Omezuje Vás onemocnění při aktivním odpočinku (cvičení, turistika, práce na zahradě,...)?**

Tab. 20 Vliv nemoci na aktivní odpočinek

Omezení v aktivním odpočinku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	76%
Ne	20	24%
<b>Celkem:</b>	84	100%
Omezení v aktivním odpočinku muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	67%
Ne	8	33%
<b>Celkem:</b>	24	100%
Omezení v aktivním odpočinku ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	80%
Ne	12	20%
<b>Celkem:</b>	60	100%

V aktivním odpočinku pocítuje z celkového počtu 84 (100%) omezení onemocněním 64 (76%) dotazovaných a 20 (24%) respondentů nepocítuje omezení v souvislosti s onemocněním při aktivním odpočinku. Ve vyšším počtu omezených byly ženy 48 (80%) v porovnání s muži 16 (67%) a s menším počtem ženy 12 (20%) nebyly omezovány v aktivním odpočinku na rozdíl od mužů 8 (33%).



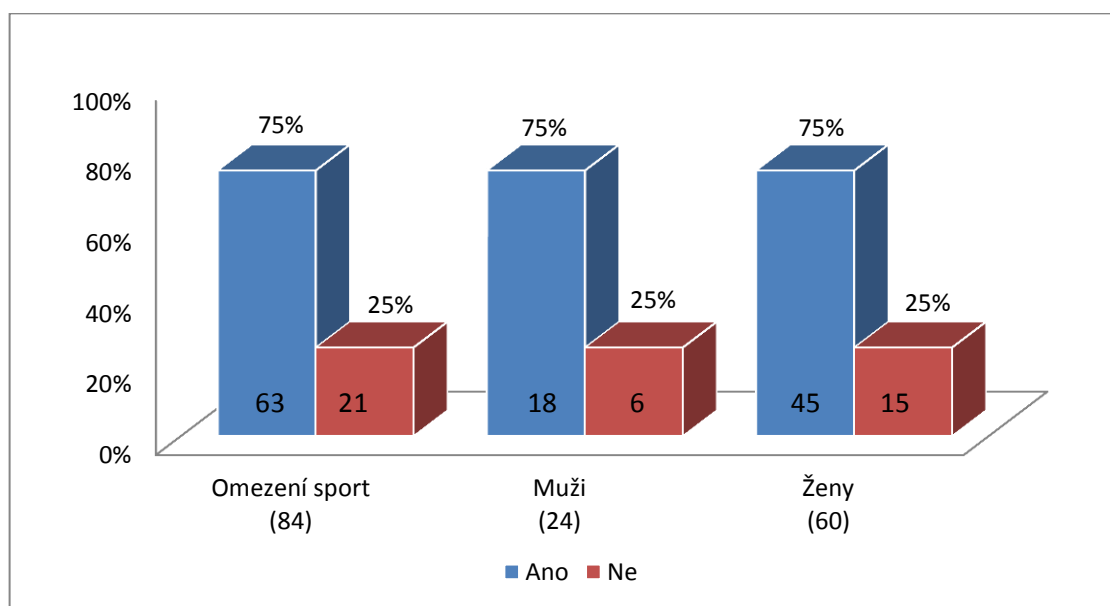
Graf 17 Vliv nemoci na aktivní odpočinek

### Položka č. 21: Omezuje Vás onemocnění při sportu?

Tab. 21 Vliv nemoci při sportu

Omezení při sportu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	63	75%
Ne	21	25%
<b>Celkem:</b>	84	100%
Omezení při sportu muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	75%
Ne	6	25%
<b>Celkem:</b>	24	100%
Omezení při sportu ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	75%
Ne	15	25%
<b>Celkem:</b>	60	100%

Respondenti 84 (100%) odpovídali na otázku, zdali je onemocnění omezuje při sportu. Nejčastěji bylo odpovězeno, že omezení jsou 63 (75%), menší skupina 21 (25%) omezována nemocí při sportu není. V porovnání mužů a žen byl zjištěn stejný procentuální rozdíl mezi ženami 45 (75%) a muži 18 (75%) a omezení nepociťuje 15 (25%) žen a 6 (25%) mužů.



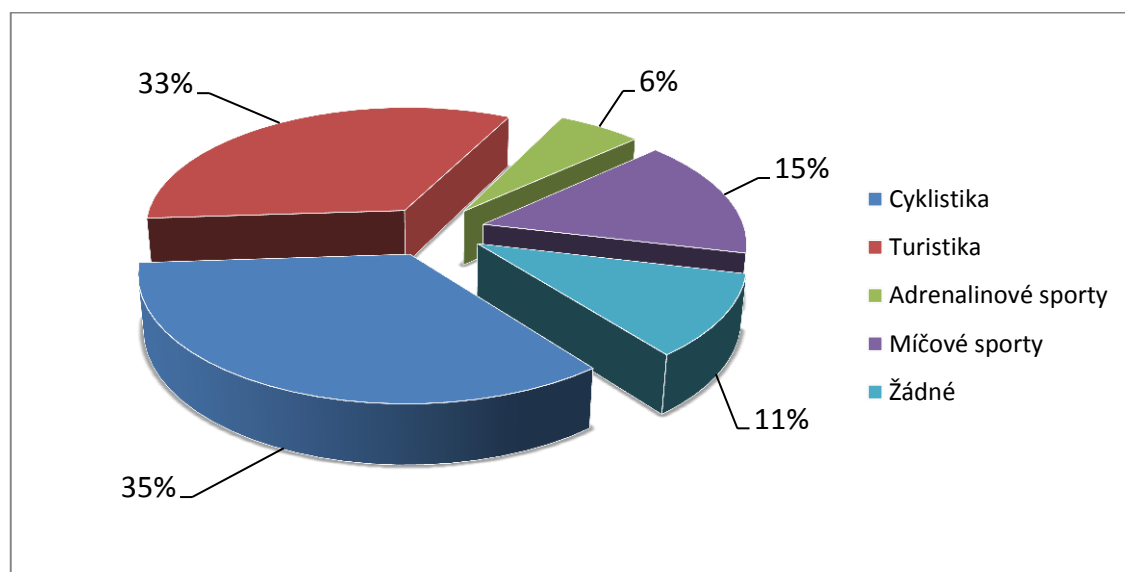
Graf 18 Vliv nemoci při sportu

## Položka č. 22: Jaké sporty provozujete?

Tab. 22 Provozované sporty

Provozování sportů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cyklistika	29	35%
Turistika	28	33%
Adrenalinové sporty	5	6%
Míčové sporty	13	15%
Žádné	9	11%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Z celkového počtu odpovídajících 84 (100%) se nejvíce respondenti věnují cyklistice 29 (35%) a turistice 28 (33%), méně častým provozovaným sportem jsou míčové sporty 13 (15%) a adrenalinové sporty 5 (6%). Žádné sporty neprovozuje 9 (11%) dotazovaných.



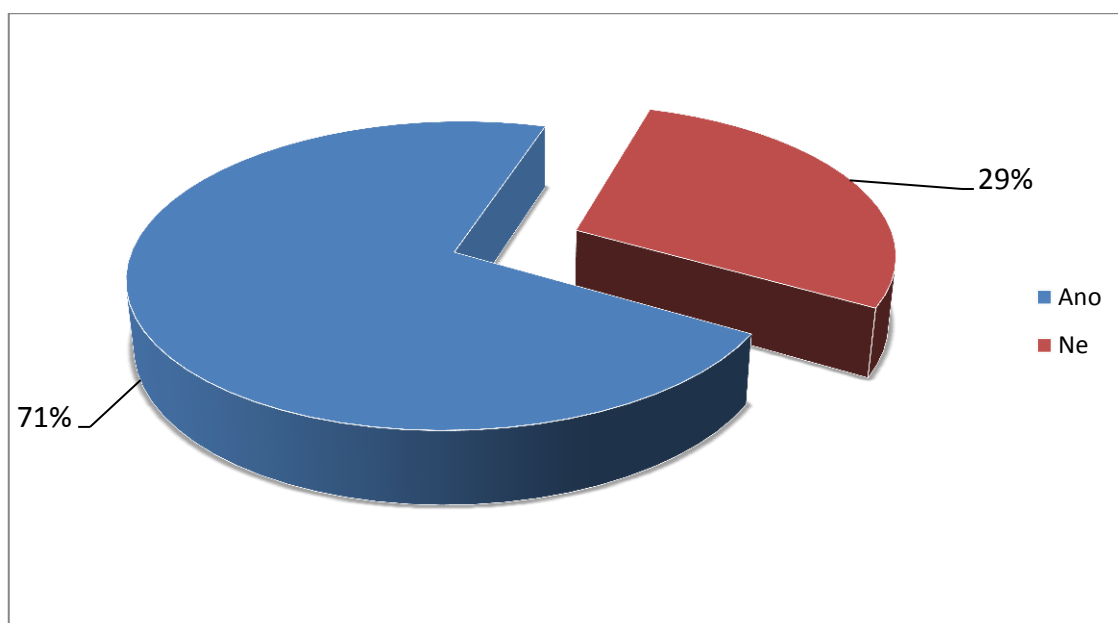
Graf 19 Provozované sporty

**Položka č. 23: Trpíte problémy při cestování v důsledku Vaší nemoci?**

Tab. 23 Ovlivňování nemocí při cestování

Omezení při cestování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	71%
Ne	24	29%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu dotazovaných 84 (100%) odpovědělo 60 (71%) respondentů, že trpí problémy při cestování a 24 (29%) respondentů nepocítuje problémy při cestování.



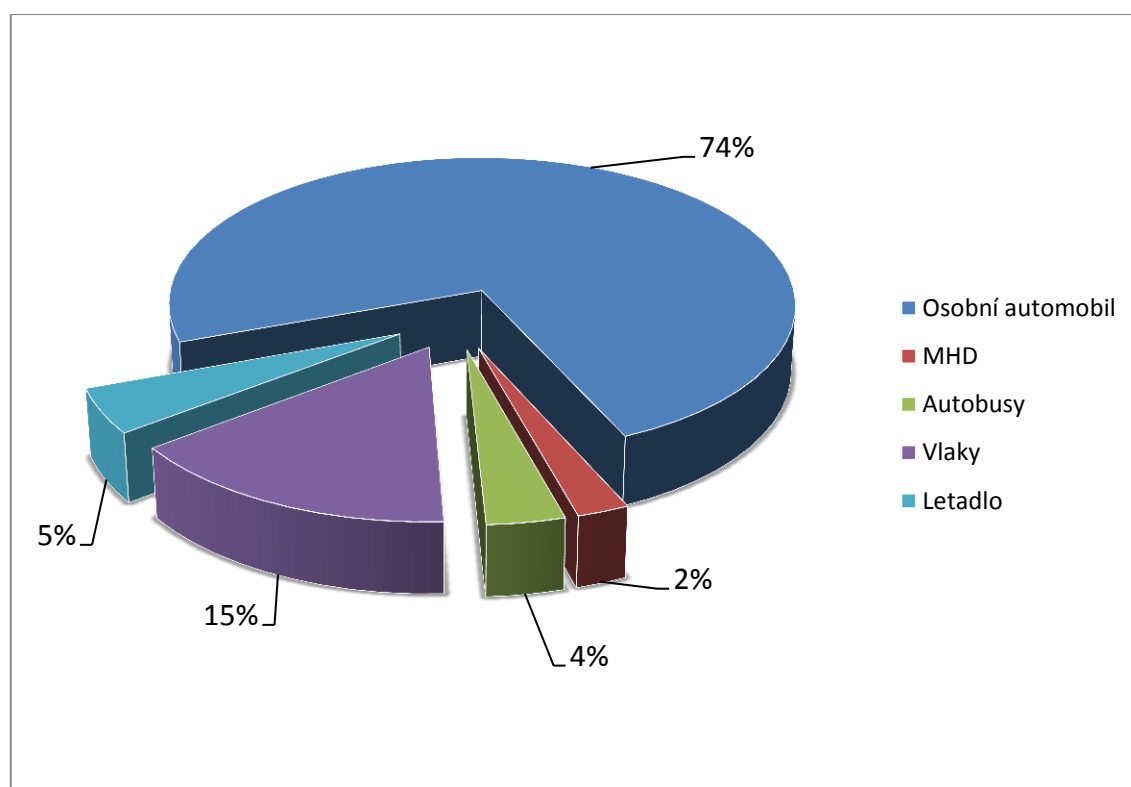
Graf 20 Ovlivňování nemocí při cestování

#### Položka č. 24: Jaké dopravní prostředky preferujete při cestování?

Tab. 24 Použití preferovaných dopravních prostředků

Preferované dopravní prostředky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Osobní automobil	62	74%
MHD	2	2%
Autobusy	3	4%
Vlaky	13	15%
Letadlo	4	5%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Celkový počet respondentů 84 (100%) odpověděl, že nejvíce preferovaný dopravní prostředek při cestování je osobní automobil 62 (74%), dále vlaky 13 (15%) a nejméně používané jsou letadla 4 (5%), autobusy 3 (4%) a MHD 2 (2%).



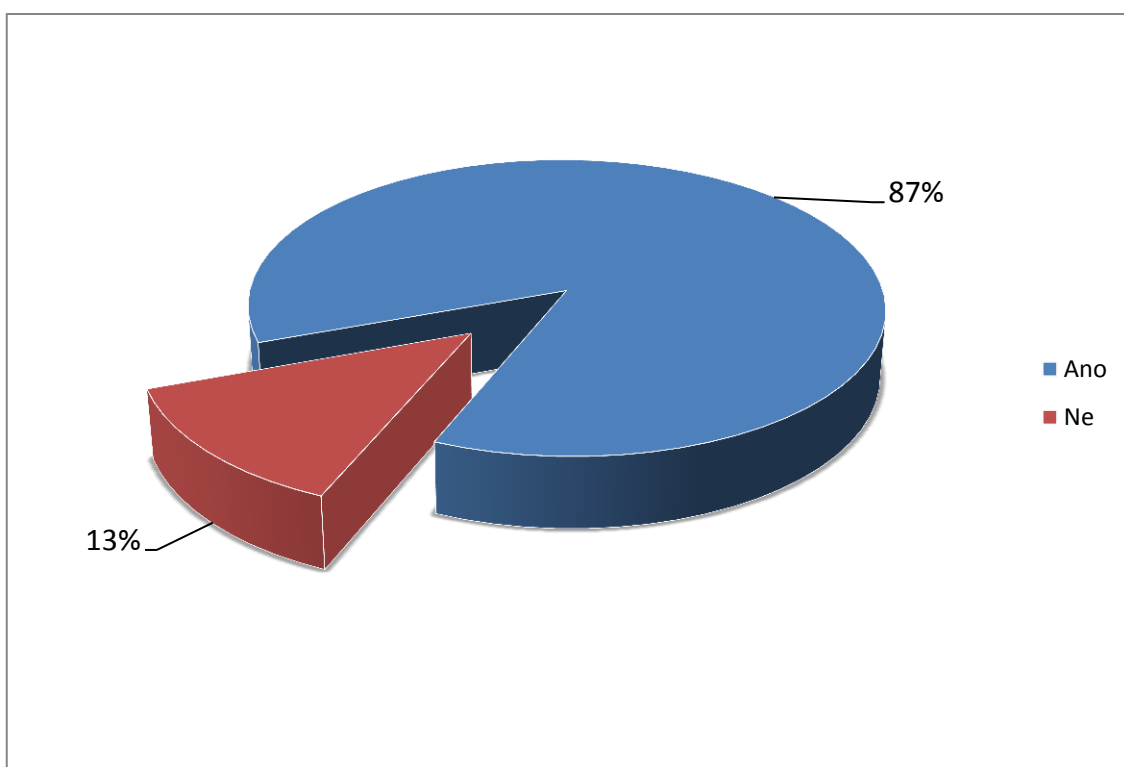
Graf 21 Souhrn použití dopravních prostředků

**Položka č. 25: Máte pocit, že Vás onemocnění omezuje ve vašem životě?**

Tab. 25 Pocit omezení života onemocněním

Omezení v životě	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	73	87%
Ne	11	13%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Omezení nemocí ve svém životě z 84 (100%) respondentů pociťuje 73 (87%) respondentů a 11 (13%) dotazovaných omezení nepociťuje.



Graf 22 Pocit omezení života onemocněním

### 3.4 Analýza dat vztahující se k výzkumným předpokladům

Výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě pilotní studie.

#### Výzkumný předpoklad č. 1

„Předpokládám, že více jak 60% pacientů pociťuje omezení v aktivním odpočinku a při sportu.“

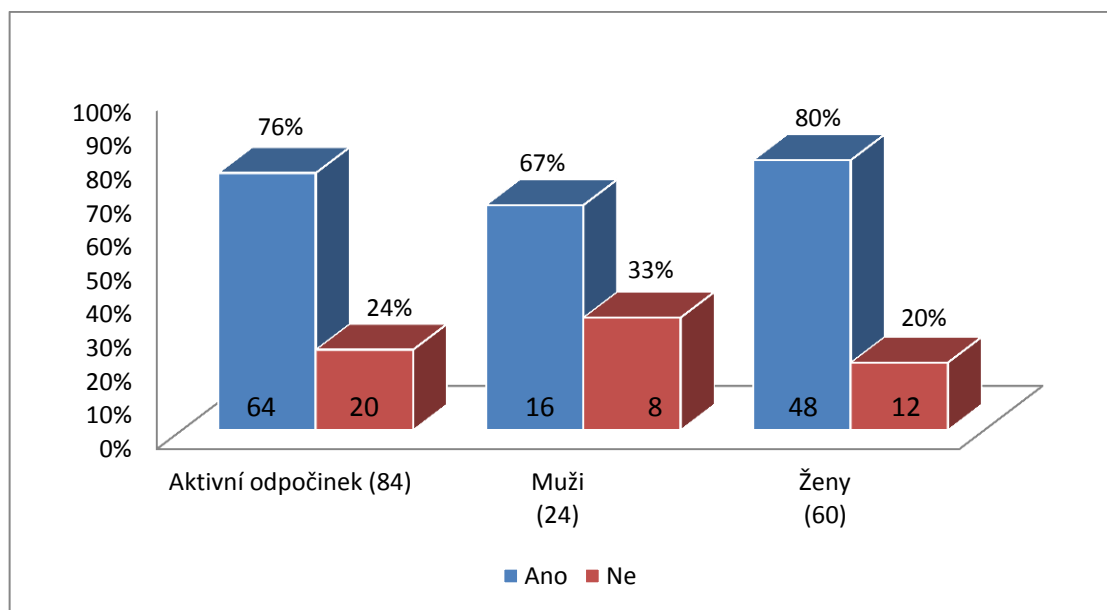
K potvrzení či vyvrácení tohoto výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 20 a dotazníková položka č. 21.

Tab.20 Vliv nemoci na aktivní odpočinek

Omezení v aktivním odpočinku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	76%
Ne	20	24%
<b>Celkem:</b>	84	100%
Omezení v aktivním odpočinku muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	67%
Ne	8	33%
<b>Celkem:</b>	24	100%
Omezení v aktivním odpočinku ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	80%
Ne	12	20%
<b>Celkem:</b>	60	100%

Respondenti 84 (100%) odpovídali na otázku, zdali pociťují omezení onemocnění při aktivním odpočinku. Ano odpovědělo 64 (76%) dotazovaných a 20 (24%) respondentů nepociťuje omezení v souvislosti s onemocněním při aktivním odpočinku. Výsledek potvrzuje výzkumný předpoklad, že více jak 60% pacientů pociťuje omezení v aktivním odpočinku. Pro detailnější rozdělení získaných dat, byli porovnáváni muži a ženy. Ve vyšším počtu omezených byly ženy 48 (80%) v porovnání s muži 16 (67%) a s menším počtem ženy 12 (20%) nebyly omezovány v aktivním odpočinku na rozdíl od mužů 8 (33%).



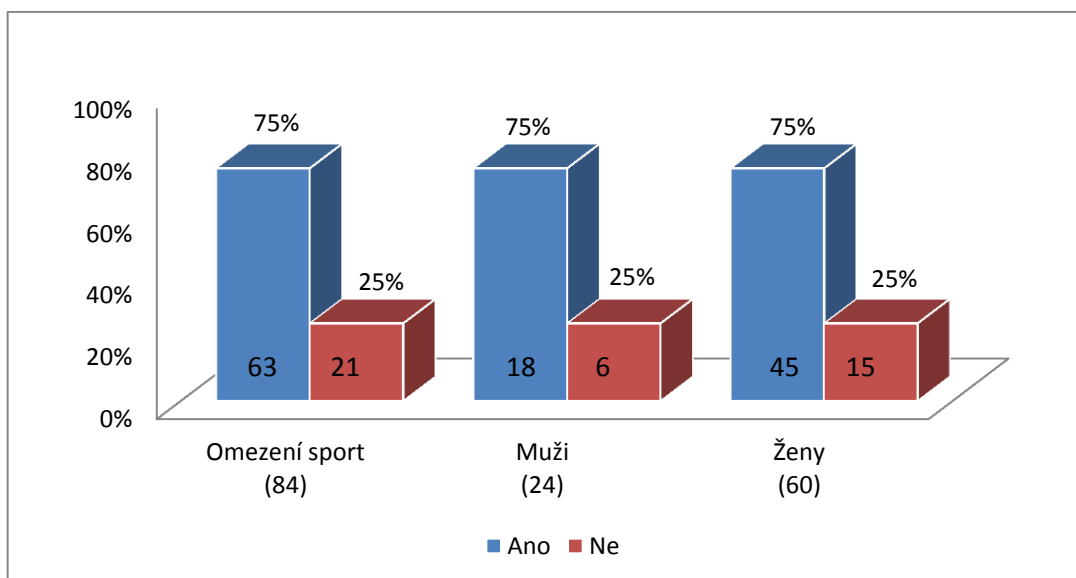


Graf 17 Vliv nemoci na aktivní odpočinek

Tab. 21 Vliv nemoci při sportu

Omezení při sportu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	63	75%
Ne	21	25%
<b>Celkem:</b>	84	100%
Omezení při sportu muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	75%
Ne	6	25%
<b>Celkem:</b>	24	100%
Omezení při sportu ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	75%
Ne	15	25%
<b>Celkem:</b>	60	100%

V dotazníkové položce č. 21 z celkového počtu respondentů 84 (100%) bylo zjišťováno, zdali je onemocnění omezuje při sportu. Nejčastěji bylo odpovězeno, že omezení jsou 63 (75%), bez omezení se cítí 21 (25%) dotazovaných, což potvrzuje výzkumný předpoklad, že více jak 60% pacientů pociťuje omezení při sportu. Výsledky prokázaly stejný procentuální rozdíl mezi ženami 45 (75%) a muži 18 (75%), kteří jsou omezováni při sportu a bez omezení 15 (25%) žen a 6 (25%) mužů.



Graf 18 Vliv nemoci při sportu

**Výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

## **Výzkumný předpoklad č. 2**

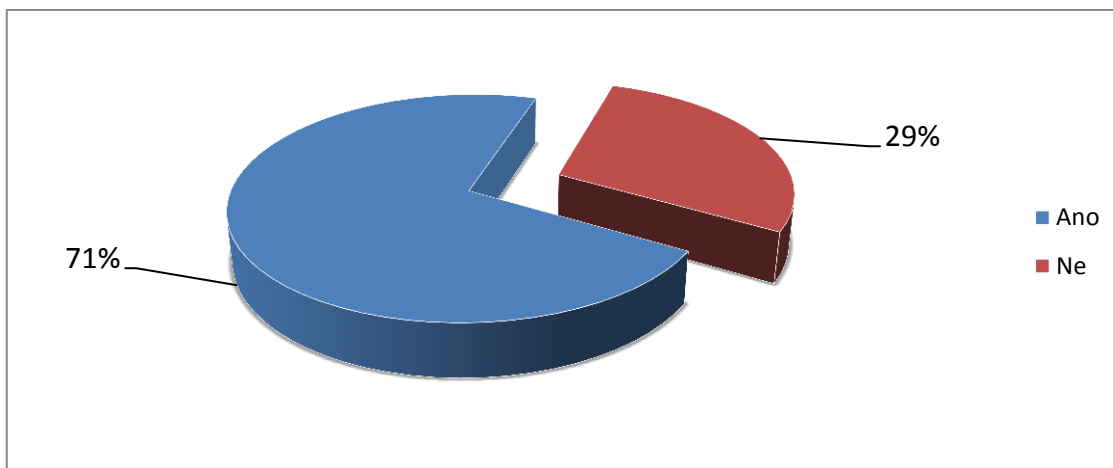
„Předpokládám, že více jak 80% pacientů s ulcerózní kolitidou pocítuje omezení při cestování.“

K potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 23.

Tab. 23 Ovlivňování nemocí na cestování

Omezení při cestování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	71%
Ne	24	29%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu dotazovaných 84 (100%) odpovědělo 60 (71%) respondentů, že trpí problémy při cestování a 24 (29%) respondentů nepocítuje problémy při cestování. Výsledky z tohoto výzkumného šetření nepotvrzují, že více jak 80% pacientů s ulcerózní kolitidou pocítuje omezení při cestování.



Graf 20 Ovlivňování nemocí při cestování

**Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen.**

### Výzkumný předpoklad č. 3

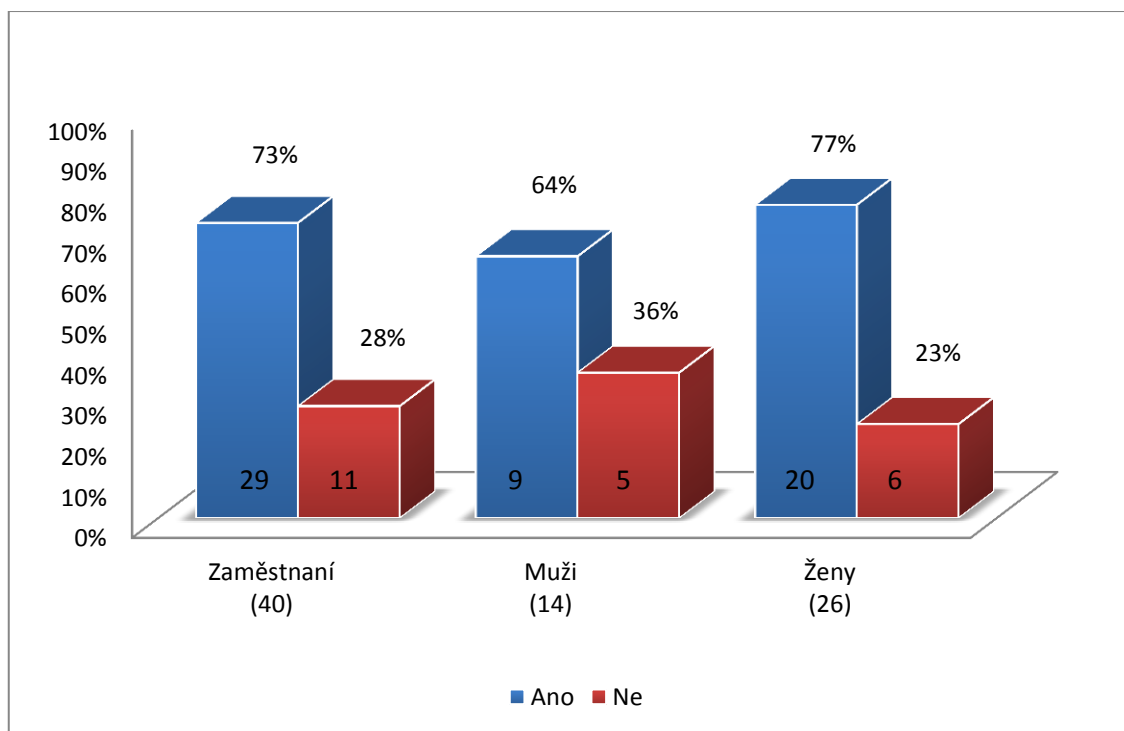
„Předpokládám, že více jak 70% pacientů onemocnění ulcerózní kolitida omezuje při plnění pracovních povinností. „

K potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 17. Pro rozdělení respondentů na pracující a ostatní sloužila dotazníková položka č. 4 (viz Tab. 4).

Tab. 17 Ovlivnění v zaměstnání

Omezení v zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	73%
Ne	11	27%
<b>Celkem:</b>	40	100%
Omezení v zaměstnání muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	64%
Ne	5	36%
<b>Celkem:</b>	14	100%
Omezení v zaměstnání ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	77%
Ne	6	23%
<b>Celkem:</b>	26	100%

Pro vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3 byl použit vzorek respondentů z výzkumné položky č. 4 pouze ze zaměstnaných a podnikatelů v absolutní četnosti 40 (100%), kteří odpovídali na otázku, zda jsou ovlivňováni v zaměstnání. Ovlivnění v zaměstnání vykazovalo 29 (73%) dotazovaných a bez omezení bylo 11 (27%) respondentů. Získaná data prokázala, že více jak 70% pacientů onemocnění ulcerózní kolitida omezuje při plnění pracovních povinností. Dále byla vyhodnocena relativní četnost kladných odpovědí mužů v porovnání s ženami, kde ženy jsou omezenější 20 (77%) v opozici s muži 9 (64%). Četnost záporných odpovědí naopak projevila vyšší četnost u mužů 5 (36%) v porovnání s ženami 6 (23%).



Graf 14 Ovlivnění v zaměstnání

**Výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

#### Výzkumný předpoklad č. 4

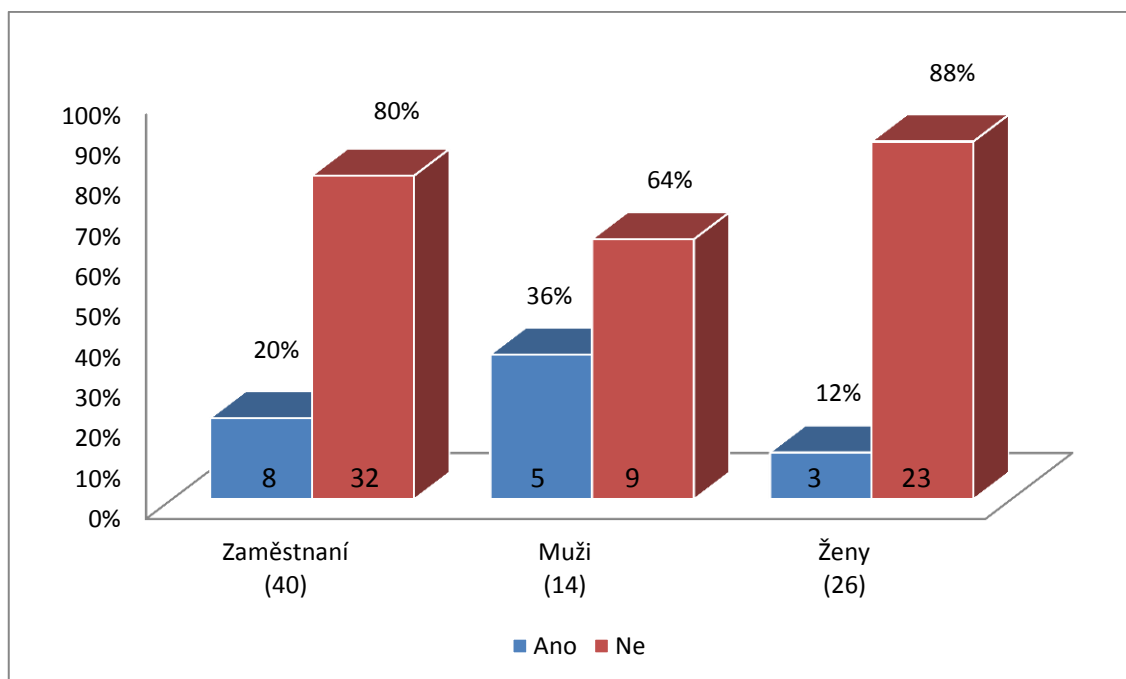
„Předpokládám, že více jak 10% pacientů změnilo zaměstnání v důsledku nemoci ulcerózní kolitida.“

K potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 19.

Tab. 19 Změna zaměstnání kvůli onemocnění

<b>Změna zaměstnání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	8	20%
Ne	32	80%
<b>Celkem:</b>	40	100%
<b>Změna zaměstnání muži</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	5	36%
Ne	9	64%
<b>Celkem:</b>	14	100%
<b>Změna zaměstnání ženy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	3	12%
Ne	23	88%
<b>Celkem:</b>	26	100%

Ze selektivního vzorku zaměstnaných a podnikatelů 40 (100%) nemuselo změnit zaměstnání 32 (80%) respondentů a 8 (20%) dotazovaných změnilo zaměstnání z důvodu onemocnění. Výsledek výzkumného šetření ověřil, že více jak 10% pacientů změnilo zaměstnání v důsledku nemoci ulcerózní kolitida. Větší počet respondentů, kteří museli zaměstnání změnit, tvořili muži v absolutní četnosti 5 (36%) v porovnání s ženami 3 (12%). Kdežto většinu respondentů, kteří zaměstnání nemuseli měnit, tvořily ženy 23 (88%) v porovnání s muži 9 (64%).



Graf 16 Změna zaměstnání kvůli onemocnění

**Výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

#### Výzkumný předpoklad č. 5

„Předpokládám, že více jak polovina pacientů s ulcerózní kolitidou pocítují omezení v plnění sociálních rolí.“

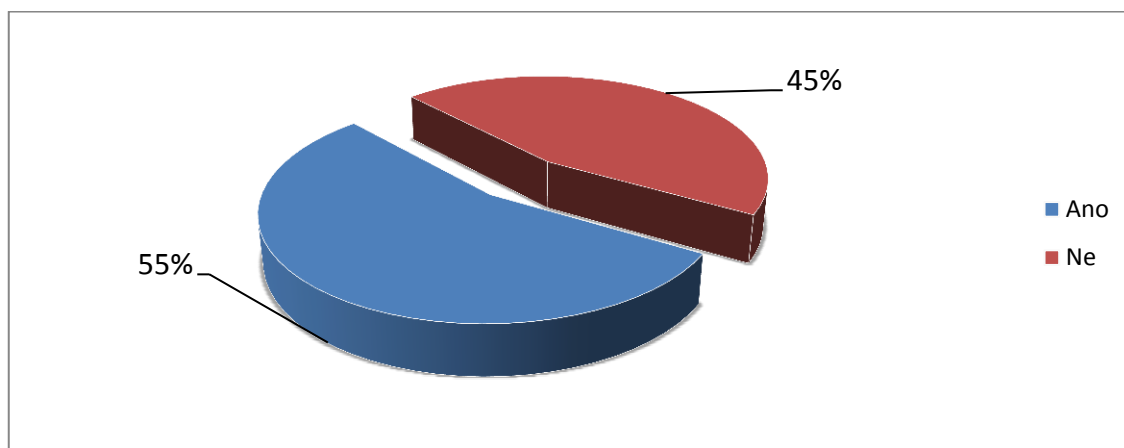
K potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 15.

Tab. 15 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí

Ovlivnění sociálních rolí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	55%
Ne	38	45%
<b>Celkem:</b>	84	100%

K ověření výzkumného předpokladu č. 5 byla použita dotazníková položka č. 15, na kterou respondenti 84 (100%) odpovídali, zdali je onemocnění ovlivňuje v plnění sociálních rolí. Ano odpovědělo 46 (55%) dotázaných a 38 (45%) respondentů odpovědělo, že nejsou ovlivňováni nemocí při plnění sociálních rolí. Závěr

zpracovaných dat potvrzuje, že více jak polovina pacientů s ulcerózní kolitidou pocítuje omezení při plnění sociálních rolí.



Graf 12 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí

**Výzkumný předpoklad byl potvrzen.**

#### **Výzkumný předpoklad č. 6**

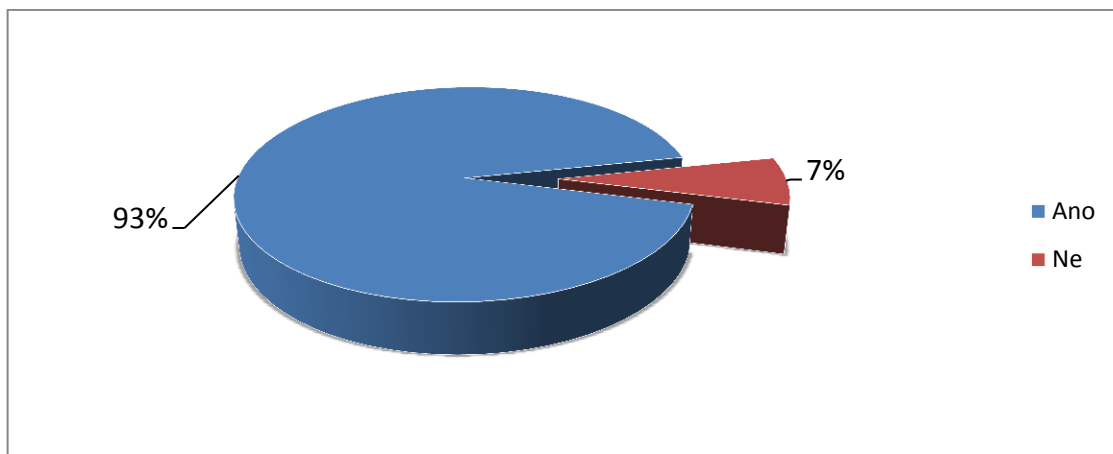
„Předpokládám, že více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou omezuje onemocnění ve stravování v akutní fázi nemoci a museli pozměnit jídelníček.“

K potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu byla použita dotazníková položka č. 10 a dotazníková položka č. 9.

Tab. 10 Omezení stravování v akutní fázi

Omezení stravování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	78	93%
Ne	6	7%
<b>Celkem:</b>	84	100%

Z celkového počtu 84 (100%) respondenti reagovali na otázku, zdali jsou omezováni ve stravování v akutní fázi. Ano odpovědělo 78 (93%) a 6 (7%) respondentů se nemusí v akutní fázi omezovat. Tyto výsledky jednoznačně prokázali, že více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou je omezováno ve stravování v akutní fázi nemoci.

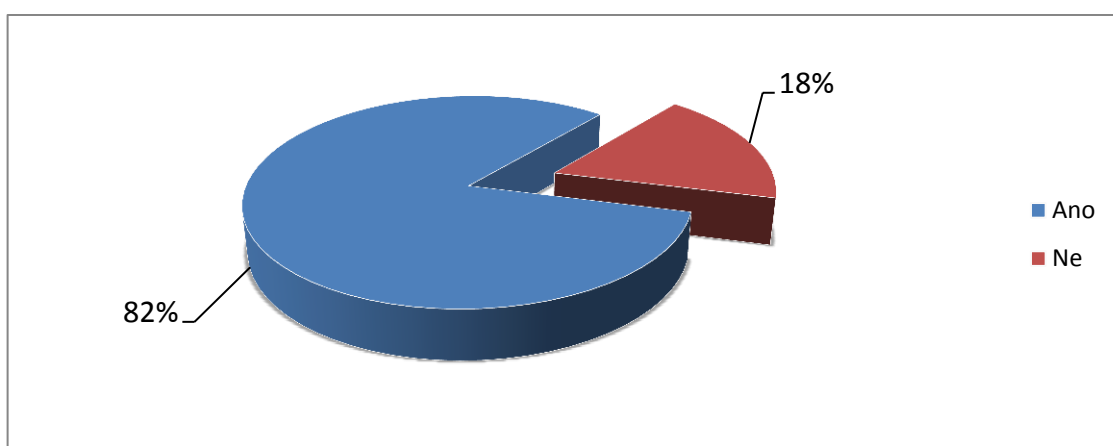


Graf 9 Omezení stravování v akutní fázi

Tab. 9 Vliv onemocnění na jídelníček

Změna jídelníčku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	69	82%
Ne	15	18%
<b>Celkem:</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Zhodnocení výsledků poukázalo, že respondenti v počtu 84 (100%) pozměnili svůj jídelníček, ano odpovědělo 69 (82%) a 15 (18%) respondentů jídelníček nepozměnila. Závěry také potvrdily, že více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou muselo pozměnit jídelníček.



Graf 8 Procentuální zobrazení omezení jídelníčku

**Výzkumný předpoklad byl potvrzen.**



## 4 DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřená na život pacientů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Teoretická část práce se specializuje na popis základní anatomie a fyziologie tlustého střeva. Popsána byla ulcerózní kolitida, definice, příznaky, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Závěr je věnován ošetrovatelské péči a životu pacientů s ulcerózní kolitidou.

Výzkumná část se řídila pěti stanovenými cíli práce. Prvním cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení v aktivním odpočinku. Druhým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při cestování. Třetím cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují vliv onemocnění na profesní život. Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při plnění sociálních rolí. A posledním pátým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při stravování v akutní fázi onemocnění. Data byla získána pomocí anonymního dotazníkového šetření a za pomoci pacientů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Výzkumné šetření proběhlo ve Všeobecné nemocnici v Praze na IV. interní klinice – klinice gastroenterologie a hepatologie. Pomocí sběru těchto dat byla snaha splnit všechny cíle práce a potvrdit nebo vyvrátit výzkumné předpoklady. Otázky č. 1-7 byly použity pro vytvoření charakteristiky zkoumaného vzorku respondentů.

První otázka byla zodpovězena 24 muži a 60 ženami a zjišťovala pohlaví respondentů. Druhá otázka se zaměřovala na věkové zastoupení dotazovaných. Největší zastoupení bylo ve věku 15 - 25 let (43%) a 26 – 35 (40%), ve věku 36 – 50 let bylo 11 (13%) respondentů a nejmenší skupinu 3 (4%) tvořili respondenti ve věku 50 a více let. Výsledkem věkového rozmezí je, že nejčastěji onemocněním trpí lidé v období dospívání a mladém dospělém věku, stejně jako uvádí autor Lukáš ve své publikaci Ulcerózní kolitida z roku 2002. Otázka č. 4 sloužila k rozdělení odpovědí respondentů na zaměstnané a ostatní, kde bylo zjištěno, že zaměstnaných bylo 35 (42%) plus podnikatelů 5 (6%) celkově 40 (48%). Pro zjišťování délky onemocnění respondentů sloužila pátá otázka, kde odpovědělo 45 (54%) dotazovaných, že s onemocněním žijí 1-5 let, více jak 6 let trpí onemocněním 33 (39%) dotazovaných a pouze 6 (7%) lidí ví o svém onemocnění méně jak jeden rok. Z čehož v šesté otázce bylo zjištěno, že ve stavu klidném bezpříznakovém období remise se nacházelo

55 (65%) a ve stavu aktivního propuknutí nemoci s příznaky období relapsu 29 (35%) odpovídajících. Ve výzkumné otázce č. 7 byly zkoumány nejčastější projevy onemocnění, kterými jsou v relevantní poměrné četnosti průjem 71 (85%), únava 68 (81%) a bolesti břicha 58 (69%), jelikož respondenti měli možnost více odpovědí. Další skupinou méně opakovaných projevů bylo nechutenství, zácpa, úbytek na váze, křeče a bolesti kloubů 31 – 46 (37 – 55%). Zácpa, zvýšená tělesná teplota a jiné odpovědi 5 – 15 (1 – 14%) byly projevy, kterými respondenti trpěli nejméně. Výsledky se shodují s autorem Gabalec, který ve své publikaci Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života z r. 2009 tvrdí, že nejčastějšími příznaky je průjem a bolesti břicha. Absolutní většina nemocných navštěvuje lékaře 82 (97%). Překvapující bylo zjištění, že 2 (3%) dotazovaných svého gastroenterologického lékaře pravidelně nenavštěvuje.

K potvrzení nebo vyvrácení prvního výzkumného předpokladu byla použita otázka č. 20, kde byli respondenti dotazováni na omezení při aktivním odpočinku. Omezení pocíťovalo 64 (76%) oproti 20 (24%) respondentů, kteří omezení nepocíťovali. Na druhou otázku č. 21, která byla také použita k potvrzení či vyvrácení výzkumného předpokladu č. 1, odpovídali respondenti na omezení při sportu. Respondenti pocíťovali omezení v počtu 63 (75%) a bez omezení bylo 21 (25%). Předpoklad byl, že více jak 60% pacientů pocíťuje omezení v aktivním odpočinku a při sportu. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Pro zajímavost byly zjišťovány rozdíly mezi muži a ženami, které nepoukazují na výrazné rozdíly mezi pohlavími (viz Tab. 20). Při rozdělení omezení na pohlaví bylo zajímavé zjištění, že nebyl žádný rozdíl v pocíťování omezení při sportu mezi muži a ženami (viz Tab. 21). V otázce č. 22. byli respondenti dotazováni na jimi provozované sporty. Příjemné bylo zjištění, že pouze 9 (11%) respondentů neprovozuje sporty žádné a 89% některé sporty provozují. Nejčastěji je to cyklistika 29 (35%) a turistika 28 (33%). Méně provozovanými byly míčové sporty 13 (15%) a adrenalinové sporty 5 (6%). Sayuk jako jeden autor publikace Exercising When You Have a GI Disorder z roku 2011 je toho názoru, že lidi s IBD by měli vykonávat fyzickou aktivitu pro zlepšení jejich trávení, udržení tělesné hmotnosti a celkovému pocitu pohody.

Pro druhý výzkumný předpoklad byla použita otázka č. 23. Otázka se zaměřovala na omezení nemocí při cestování. Výsledek ukázal, že 60 (71%) dotazovaných omezení při cestování pocíťuje a 24 (29%) onemocnění respondenty

neomezuje. Předpoklad byl, že více jak 80% pacientů s ulcerózní kolitidou pociťuje omezení při cestování. Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. V otázce č. 24 se zjišťovalo, jaké dopravní prostředky respondenti preferují při cestování. Výsledkem bylo, že nejčastěji používaný dopravní prostředek byl osobní automobil 62 (74%), potom následovaly vlaky 13 (15%). Velmi malé množství dotazovaných odpovědělo, že k cestování používají letadlo 4 (5%), autobusy 3 (4%) a MHD 2 (2%).

K potvrzení či vyvrácení třetího výzkumného předpokladu byla použita výzkumná otázka č. 17. Pro rozdělení respondentů na pracující a ostatní sloužila otázka č. 4 (viz Tab. 4). Na otázku č. 17 odpovídalo 40 respondentů, tedy 48% z celkového počtu. Z toho omezení v zaměstnání pociťuje 29 (73%) dotazovaných a bez omezení bylo 11 (28%) respondentů. Pro zajímavost byly odpovědi rozděleny na muže a ženy, kdy bylo zjištěno, že ženy 20 (77%) jsou onemocněním v práci ovlivňovány více než muži 9 (64%). Bez omezení v zaměstnání bylo 6 (23%) žen a 5 (36%) mužů (viz Tab. 17). Předpoklad byl, že více jak 70% pacientů onemocnění ulcerózní kolitida omezuje při plnění pracovních povinností. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Otázka č. 18 se zaměřovala na omezení onemocněním v závislosti plnění pracovních povinností při stresových situacích. Výsledkem bylo, že 24 (60%) respondentů bylo omezeno onemocněním při plnění pracovních povinností ve stresových situacích a 16 (40%) respondentů nebylo omezeno. Zajímavé bylo zjištění při rozdělení omezení na pohlaví, že ženy 18 (69%) stresové situace omezují více, než muži 6 (43%). Bez omezení bylo 8 (31%) žen a 8 (57%) mužů.

Pro potvrzení či vyvrácení čtvrtého výzkumného předpokladu byla použita výzkumná otázka č. 19. Respondenti odpovídali, zdali byli nuceni změnit zaměstnání z důvodu onemocnění. Ano odpovědělo 8 (20%) dotázaných a změnit zaměstnání kvůli onemocnění nemuselo 32 (80%) respondentů. Předpoklad byl, že více jak 10% pacientů změnilo zaměstnání v důsledku nemoci ulcerózní kolitida. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Na rozdíl od omezení plnění pracovních povinností při stresových situacích, kdy ženy stresové situace zvládaly obtížněji než muži, vyšlo v otázce č. 19, že změnu zaměstnání v souvislosti s onemocněním bylo nuceno udělat 5 (36%) mužů a pouze 3 (12%) žen. Změnu nemuselo provést 9 (64%) mužů a 23 (88%) žen.

Pro potvrzení či vyvrácení pátého výzkumného předpokladu byla použita otázka č. 15. Respondenti odpovídali na otázku, zdali je onemocnění ovlivňuje

při plnění sociálních rolích. Z výsledku vyplynulo, že v sociálních rolích je omezováno 46 (55%) respondentů a onemocnění neovlivňuje 38 (45%) respondentů. Předpoklad byl, že více jak polovina pacientů s ulcerózní kolitidou pocítují omezení v plnění sociálních rolí. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Na otázku č. 14 odpovídali respondenti, zdali došlo ke změně rodinného stavu. Potěšující bylo zjištění, že jenom u 4 (5%) dotazovaných došlo ke změně rodinného stavu kvůli onemocnění a u 80 (95%) respondentů k této změně v důsledku s onemocněním nedošlo. Otázka č. 16 byla zaměřena na konkrétní sociální role a respondenti odpovídali, ve kterých rolích se cítí nejvíce omezováni. Bylo zaznamenáno 89 odpovědí a byla možnost vybrat více odpovědí. Výrazné omezení v sociálních rolích bylo zaznamenáno v pozici zaměstnance 29 (33%) a studenta 22 (25%), mezi méně ovlivňované sociální role patřili rodič (otec/matka) 14 (16%), kamarád/přítel 11 (12%), role sexuálního partnera 10 (11%) a velmi malé část respondentů odpověděla, že jsou ovlivňováni nemocí při vykonávání role nadřízeného (vedoucí pozice) 3 (3%).

Pro ověření šestého výzkumného předpokladu byla použita otázka č. 10. a otázka č. 9. Respondenti odpovídali na otázku č. 10, zdali jsou omezení ve stravování při relapsu, tedy při akutním vzplanutí onemocnění. Na tuto otázku odpovědělo kladně 78 (93%) dotazovaných a pouze 6 (7%) respondentů se nemusí omezovat při stravování v akutní fázi svého onemocnění. Otázka č. 9 zjišťovala, zdali respondenti museli na základě jejich onemocnění upravovat svůj jídelníček. Ano odpovědělo 69 (82%) respondentů, svůj jídelníček nemuselo měnit pouhých 15 (18%) dotazovaných. Předpoklad byl, že více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou omezuje onemocnění ve stravování v akutní fázi nemoci a museli změnit jídelníček. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Další dvě otázky č. 11 a 12 se zabíraly snášenlivostí a nesnášenlivostí potravin. Na otázku č. 11 respondenti odpovídali, jaké potraviny jim silně nevyhovují. V této otázce byla možnost odpovědět více možných odpovědí a pro přehlednější znázornění výsledku byla použita poměrná četnost, která říká, jaké bylo množství jednotlivých možností z odpovědí v poměru z celkového počtu respondentů. Mezi nejvíce problémové potraviny patřily luštěniny a smažená jídla 49 (58%), dále ovoce, zelenina a mléčné výrobky, které byly v intervalu 25 – 33 (30 – 39%) a nejméně početnou skupinou byly potraviny jako maso, pečivo a sladkosti 8 – 14 (10 – 17%). Autoři Lukáš a Šatrová v publikaci Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci z roku 2004 poukazují na možnosti výskytu nesnášenlivosti mléčných výrobku

u některých pacientů, což se shoduje s výsledky z otázky č. 11, kdy odpovědělo 30 respondentů, že jim mléčné výrobky silně nevyhovují. Na otázku č. 12 respondenti odpovídali, jaké potraviny snáší velmi dobře. Stejně jako v otázce č. 11 byla použita poměrná četnost. Mezi velmi dobře tolerované potraviny patřilo maso 56 (67%), pečivo 48 (57%) a ovoce 39 (46%), do standardně vyhovujících potravin se řadily sladkosti, mléčné výrobky a zelenina 25 – 32 (30 – 38%) a nejméně vyhovující potraviny byly luštěniny a smažená jídla 5 – 11 (6 – 13%). V poslední výzkumné otázce č. 25 odpovídali respondenti, zdali mají pocit, že je onemocnění ulcerózní kolitida ovlivňuje v jejich životě, kdy omezení pocítuje 73 (87%) dotazovaných a jen 11 (13%) respondentů pocit omezení nepocítuje.

## 5 NÁVRH A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nedílnou součástí bakalářské práce je i doporučení pro praxi. Z výsledků výzkumné části práce byly navrženy návrhy k prohloubení informací o ulcerózní kolitidě a o životě s touto diagnózou následující řešení:

1. Vydání informačně edukačního letáku o životě s ulcerózní kolitidou. Tyto letáky umístit na interních klinikách a rozdávat nejen v ambulancích gastroenterologie, ale i na veřejných místech. (Příloha č. 5). Tím by se rozšířilo povědomí o samotné nemoci a problémech s ní spjatých. Zvlášť důležitá je tato informovanost mezi novými i stávajícími pacienty, v jejich rodinách, mezi přáteli a širší veřejností. Tím se zajistí lepší spolupráce a pochopení u blízkých nemocného.
2. Zvýšit povědomí o možnostech sdružování pacientů s IBD (Občanské sdružení Pacienti IBD, možnostech využití WC karet a WC kompasu a Světový den IBD – 19. května). Tím napomoci zlepšení porozumění ze strany širší veřejnosti lidí a zajistit podporu nemocných ze strany rodiny a přátel.
3. Připravit přednášku na téma, jak se žije s chronickým onemocněním, jako je ulcerózní kolitida. V této přednášce poukázat na dopady na osobní a profesní život pacientů.

## 6 ZÁVĚR

Práce je zaměřena na problematiku týkající se života pacientů s ulcerózní kolitidou. V teoretické části byla popsána základní anatomie a fyziologie tlustého střeva. Především byla věnována pozornost samostatné nemoci ulcerózní kolitida, její diagnostice, průběhu, příznakům a léčbě. Další kapitola je zaměřena speciálně na ošetrovatelskou péči a v poslední kapitole teoretické části je popsán život pacientů s ulcerózní kolitidou, který zahrnuje problémy při stravování, aktivním odpočinku, cestování, při plnění sociální role a v profesním životě.

Ve výzkumné části se určilo pět cílů práce, na jejichž základě byly stanoveny výzkumné předpoklady. Výsledky z kvantitativní analýzy dat získány z dotazníkového šetření, které byly dále použity pro potvrzení či vyvrácení výzkumných předpokladů.

Prvním cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení v aktivním odpočinku. Cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 1 byl potvrzen z dotazníkového šetření. Pacienti z více jak 60% pociťují omezení v aktivním odpočinku a při sportu.

Druhým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při cestování. Cíl byl splněn, ale výzkumný předpoklad č. 2 nebyl potvrzen, jelikož výsledek dotazníkového výzkumu ukázal, že pacienti mají nižší procentuální omezení než 80% při cestování.

Třetím cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují vliv nemoci na profesní život. Cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 3 a výzkumný předpoklad č. 4 byl potvrzen. Pacienti z více jak 70% pociťují omezení při plnění pracovních povinností. A pacienti z více jak 10% pacientů změnilo zaměstnání v důsledku nemoci ulcerózní kolitida.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při plnění sociálních rolí. Cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 5 byl potvrzen. Více jak polovina pacientů s ulcerózní kolitidou pociťují omezení v plnění sociálních rolí.

Pátým cílem bylo zjistit, zda pacienti s ulcerózní kolitidou pociťují omezení při stravování v akutní fázi onemocnění. Cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 6 byl potvrzen. Více jak 70% pacientů s ulcerózní kolitidou omezuje onemocnění ve stravování v akutní fázi nemoci a museli pozměnit jídelníček.

Závěry této práce mohou být využity pro rozšíření informovanosti mezi stávající, ale především i nové pacienty a jejich rodinné příslušníky. Výsledky dotazníkového šetření poukazují na to, že pacienti s ulcerózní kolitidou jsou výrazně omezováni v plnění profesních rolí a zaměstnání. Proto je velmi důležité, aby i zaměstnavatelé měli dostatečné informace o problémech spojených s ulcerózní kolitidou.



## 7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

### Tištěná publikace v českém jazyce

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. Potřeby člověka a ošetrovatelský proces I. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik, 2010, ISBN 978-80-7248-577-2.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. Výzkum a ošetrovatelství: definice. 2. vyd. Brno 2008, ISBN 978-807-0134-672.
3. ČERVENKOVÁ Renata a Milan LUKÁŠ. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, 1.vyd. Praha: Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-600-7.
4. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, ISBN 978-802-4736-259.
5. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006, ISBN 80-903-8200-2.
6. LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ. Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, ISBN 80-725-4473-X.
7. LUKÁŠ, Karel a kol. Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-24-1283-0.
8. MOUREK, Jindřich. Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1190-7.
9. MYSLIVEČEK, Jaromír a Stanislav TROJAN. Fyziologie do kapsy: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, ISBN 80-725-4497-7.
10. NANDA INTERNATIONAL. NANDA – Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009–2011. 1.vyd. Praha Grada Publishing, a. s., 2010, ISBN 978-80-247-3423-1.
11. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce: definice. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1211-3.
12. PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví: definice. Vyd. 1 Praha: Triton, 2005, ISBN 80-725-4657-0.

13. POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ. Obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, ISBN 978-80-7372-675-1.
14. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu: definice. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, ISBN 978-802-4732-237.
15. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1148-6.
16. ŠVÍGLEROVÁ, Jitka a Jana SLAVÍKOVÁ. Fyziologie gastrointestinálního traktu: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, ISBN 978-802-4615-264.
17. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, ISBN 80-701-3324-4.
18. ZBOŘIL, Vladimír. Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-802-4715-636.

### **Elektronické zdroje**

19. STREVNÍ-NEMOCI. Crohnova choroba & Ulcerózní kolitida. In: [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.strevni-nemoci.cz/?site=cojeto>
20. DRAGOMIRECKÁ, Eva. Nemoc a kvalita života [online]. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>
21. NARULA, Neeraj a Richard N FEDORAK. Exercise and inflammatory bowel disease. In: [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2660805/>
22. WEBMD. Exercising When You Have a GI Disorder [online]. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/ulcerative-colitis/features/exercising-when-you-have-a-gi-disorder?page=2>
23. LIFEANDIBD. Family life [online]. [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: <http://www.lifeandibd.org/ulcerative-colitis-adult/achieving-more-with-ibd/family-life.html>

24. GABALEC, Libor. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. [online]. [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf>
25. GREENBERG, Brian. Working With an IBD and Battling Fatigue [online]. [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://www.intenseintestines.org/2012/03/working-with-an-ibd-and-battling-fatigue/>
26. BSG. Chronic management: Inflammatory Bowel Disease [online]. [cit. 2014-05-19]. Dostupné z: <http://www.bsg.org.uk/clinical/commissioning-report/chronic-inflammatory-bowel-disease.html>
27. CROHNOVANEMOC. Idiopatické střevní záněty [online]. [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/>
28. CCFA. Living with Ulcerative Colitis [online]. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: [http://www.ccfa.org/assets/pdfs/living\\_with\\_uc\\_brochure\\_final.pdf](http://www.ccfa.org/assets/pdfs/living_with_uc_brochure_final.pdf)
29. LUKÁŠ, Karel. Ulcerózní kolitida [online]. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: [www.cls.cz/dokumenty2/os/t284.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t284.rtf)
30. WEBMD. Make an Ulcerative Colitis Diet Plan [online]. [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/ulcerative-colitis/creating-an-ulcerative-colitis-plan>
31. CROHNSANDCOLITIS. Travel and IBD [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://www.crohnsandcolitis.org.uk/Resources/CrohnsAndColitisUK/Documents/Publications/Booklets/travel-and-ibd.pdf>
32. NHS. Ulcerative colitis - Complications [online]. [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/Conditions/Ulcerative-colitis/Pages/Complications.aspx>

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1 Zastoupení pohlaví .....	31
Tab. 2 Věkové zastoupení.....	32
Tab. 3 Nejvyšší dokončené vzdělání .....	33
Tab. 4 Zaměstnání.....	34
Tab. 5 Délka onemocnění respondentů.....	35
Tab. 6 Stav onemocnění.....	36
Tab. 7 Nejčastější projevy onemocnění .....	37
Tab. 8 Pravidelnost navštěvování lékaře .....	38
Tab. 9 Vliv onemocnění na jídelníček .....	39
Tab. 10 Omezení stravování v akutní fázi .....	40
Tab. 11 Nesnášenlivost potravin.....	41
Tab. 12 Snášenlivost potravin.....	42
Tab. 13 Status rodinného stavu.....	43
Tab. 14 Ovlivnění rodinného stavu onemocněním .....	44
Tab. 15 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí .....	45
Tab. 16 Omezení v sociálních rolích .....	46
Tab. 17 Ovlivnění v zaměstnání .....	47
Tab. 18 Omezení při stresových situacích na pracovišti .....	48
Tab. 19 Změna zaměstnání kvůli onemocnění .....	49
Tab. 20 Vliv nemoci na aktivní odpočinek.....	50
Tab. 21 Vliv nemoci při sportu.....	51
Tab. 22 Provozované sporty .....	52
Tab. 23 Ovlivňování nemocí při cestování.....	53
Tab. 24 Použití preferovaných dopravních prostředků.....	54
Tab. 25 Pocit omezení života onemocněním .....	55

## 9 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 Zastoupení pohlaví .....	31
Graf 2 Věkové zastoupení.....	32
Graf 3 Nejvyšší dokončené vzdělání .....	33
Graf 4 Zaměstnání .....	34
Graf 5 Délka onemocnění respondentů .....	35
Graf 6 Stav onemocnění .....	36
Graf 7 Pravidelné navštěvování lékaře .....	38
Graf 8 Procentuální zobrazení omezení jídelníčku.....	39
Graf 9 Omezení stravování v akutní fázi .....	40
Graf 10 Status rodinného stavu.....	43
Graf 11 Ovlivnění rodinného stavu onemocněním .....	44
Graf 12 Ovlivnění nemocí při plnění sociálních rolí .....	45
Graf 13 Omezení v sociálních rolích .....	46
Graf 14 Ovlivnění v zaměstnání .....	47
Graf 15 Omezení při stresových situacích na pracovišti .....	48
Graf 16 Změna zaměstnání kvůli onemocnění .....	49
Graf 17 Vliv nemoci na aktivní odpočinek.....	50
Graf 18 Vliv nemoci při sportu.....	51
Graf 19 Provozované sporty .....	52
Graf 20 Ovlivňování nemocí při cestování.....	53
Graf 21 Souhrn použití dopravních prostředků .....	54
Graf 22 Pocit omezení života onemocněním .....	55

## **10 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Výzkumný dotazník

Příloha 2: Protokol k provádění výzkumu

Příloha 3: Potvrzení etické komise VFN v Praze

Příloha 4: Informačně edukační leták IBD ulcerózní kolitidy

## **Příloha 1: Výzkumný dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Kristýna Berková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií, Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych vás touto cestou požádat o pravdivé vyplnění anonymního dotazníku, aby výstup tohoto průzkumu byl věrohodný. Získané informace budou použity jako podklady k závěrečné bakalářské práci na téma: Život pacientů s ulcerózní kolitidou. V závěrečné zprávě, která bude přístupná, budou uvedena pouze statisticky vyhodnocená data. Předem Vám děkuji za čas a ochotu a přeji hodně trpělivosti při vyplňování.

### **1) Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

### **2) Věk:**

- a) 15-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-50 let
- d) Starší 50 let

### **3) Jaký je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní vzdělání
- b) Středoškolské ukončené s výučním listem
- c) Středoškolské ukončené maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

### **4) Zaměstnání**

- a) Zaměstnaný/á
- b) Podnikatel/ka
- c) Nezaměstnaný/á
- d) Invalidní důchodce/kyně
- e) Částečně invalidní
- f) Důchodce/kyně
- g) Žák/student
- h) V domácnosti
- ch) Na mateřské dovolené

### **5) Jak dlouho trpíte onemocněním - ulcerózní kolitida?**

- a) 0-1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6 a více let

### **6) V jakém stádiu se momentálně nachází Vaše onemocnění?**

- a) Ve stavu klidném, bezpříznakovém (období remise)
- b) Ve stavu aktivního propuknutí nemoci, s příznaky (období relapsu)

**7) Jakými projevy onemocnění trpíte nejčastěji? (možnost zaškrtnout více odpovědí)**

- a) Průjem
- b) Zácpa
- c) Křeče
- d) Bolesti břicha
- e) Zvýšená tělesná teplota
- f) Únava
- g) Bolesti kloubů
- h) Nechutenství
- ch) Úbytek na váze

**8) Navštěvujete pravidelně svého gastroenterologického lékaře?**

- a) Pravidelně
- b) Nikdy

**9) Musel/a jste na základě Vašeho onemocnění pozměnit Váš jídelníček?**

- a) Ano
- b) Ne

**10) Musíte se omezovat při stravování více v akutní fázi?**

- a) Ano
- b) Ne

**11) Jaké potraviny Vám silně nevyhovují?**

- a) Ovoce
- b) Zelenina
- c) Pečivo
- d) Mléčné výrobky
- e) Luštěniny
- f) Smažená jídla
- g) Cukrovinky
- h) Maso (drůbeží, vepřové, hovězí, ryby...)

**12) Jaké potraviny snášíte velmi dobře?**

- a) Ovoce
- b) Zelenina
- c) Pečivo
- d) Mléčné výrobky
- e) Luštěniny
- f) Smažená jídla
- g) Cukrovinky
- h) Maso (drůbeží, vepřové, hovězí, ryby...)



**13) Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodný/á
- b) Ve vztahu
- c) Ženatý/vdaná
- d) Rozvedený/á
- e) Vdovec/vdova

**14) Došlo kvůli Vašemu onemocnění ke změně Vašeho rodinného stavu?**

- a) Ano
- b) Ne

**15) Ovlivňuje Vás onemocnění při plnění některých sociálních rolích (matka/otec, student, zaměstnanec, ...)?**

- a) Ano
- b) Ne (přejděte na otázku č. 17)

**16) V jakých sociálních rolích Vás onemocnění omezuje?**

- a) Rodič (otec/matka)
- b) Kamarád/přítel
- c) Zaměstnanec
- d) Nadřízený (vedoucí pozice)
- e) Student
- f) Role sexuálního partnera

**17) Ovlivňuje Vás onemocnění v zaměstnání?**

- a) Ano
- b) Ne

**18) Brání Vám onemocnění při stresových situacích plnit Vaše pracovní povinnosti?**

- a) Ano
- b) Ne

**19) Byl/a jste nucen/a změnit zaměstnání kvůli onemocnění?**

- a) Ano
- b) Ne

**20) Omezuje Vás onemocnění při aktivním odpočinku (cvičení, turistika, práce na zahradě...)?**

- a) Ano
- b) Ne

**21) Omezuje Vás onemocnění při sportu?**

- a) Ano
- b) Ne

**22) Jaké sporty provozujete?**

- a) Cyklistika
- b) Turistika
- c) Adrenalinové sporty
- d) Míčové sporty
- e) Žádné

**23) Trpíte problémy při cestování v důsledku Vaší nemoci?**

- a) Ano
- b) Ne

**24) Jaké dopravní prostředky preferujete při cestování?**

- a) Osobní automobil
- b) MHD
- c) Autobusy
- d) Vlaky
- e) Letadlo

**25) Máte pocit, že Vás onemocnění omezuje ve vašem životě?**

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku!

## Příloha 2: Protokol k provádění výzkumu

### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	BERLOVA Kristýna	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta 211000066	Ročník 3
Téma práce	Život pacientů s ulcerou, kolitidou	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Všeobecná nemocnice v Praze IV. interní klinika - klinika gastroenterologie a hepatologie	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Kohoutová, Ph.D.	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Miluše Dušková
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Datum zahájení výzkumu	21.3.2014	
Datum ukončení výzkumu	31.5.2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Praze dne 21.3.2014

Berlová

podpis studenta



### Příloha 3: Potvrzení etické komise VFN v Praze

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze  
ETHICS COMMITTEE  
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1  
128 08 Praha 2  
tel. 224964131  
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní  
Kristýna Berková  
IV. interní klinika VFN a I. LFUK  
U Nemocnice 2  
128 08 Praha 2

20.3.2014  
čj. 523/14 S-IV (ind.výzkum)

**Zasílací adresa:** Horky nad Jizerou 174, 294 73 Brodce

Vážená paní Berková,  
Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 20.3.2014 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:  
čj.: 523/14 S-IV.

**Název studie:** Bakalářská práce – dotazníkový projekt: Život pacientů s ulcerózní kolitidou.

**Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:** ☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: ☐ Ano/Yes ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 10.3.2014 (E-mailová korespondence pod č.j. 24/14 D)

**Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session:** 20.3.2014 (15,30 – 18,30 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Kristýna Berková, IV. interní klinika - klinika gastroenterologie a hepatologie VFN a I. LFUK, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis z 6.1.2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (10.3.2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou, vč. Souhlasu vedení pracoviště	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející - Kristýna Berková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stanovisko etické komise:** EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a **souhlasí** s jeho realizací na IV. interní klinice VFN a I. LFUK.

Podpis předsedy EK /Signature of Chairperson

1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze

**Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:**

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Speciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn.: \* Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column.

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 20.3.2014

Podpis předsedy EK nebo zástupce  
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

2/2

**MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.**

*Etická komise*  
**Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze**



## Příloha 4: Informačně edukační leták IBD – Ulcerózní kolitida

### IBD – Ulcerózní kolitida

„Člověk se musí naučit žít život podle toho, jak mu ho osud připravil.“

Inflammatory Bowel Disease / Idiopatické střevní záněty

-onemocnění, u kterého není objasněna příčina, řadí se mezi ně ulcerózní kolitida a Crohnova choroba.

**Ulcerózní kolitida** je chronické zánětlivé onemocnění tlustého střeva s nepříjemnými příznaky jako průjmy často s příměsí krve, bolesti břicha a nucení na stolici.

Incidence tohoto onemocnění v České republice je 3-5/100 000 a počty lidí s tímto onemocněním stoupají.

Příznaků, které mohou přijít velmi náhle a nečekaně, může toto onemocnění znepříjemnit pacientův život. Ale to neznamená, že by se měl hned vzdát svých zájmů a činností jak v osobním tak profesním životě.

#### Kde hledat podporu?

- **Občanské sdružení Pacienti IBD a web crohn.cz**

Cílem je - sdružovat a informovat o novinkách pacienty s nespecifickými střevními záněty, mezi které patří ulcerózní

kolitida a Crohnova choroba.

Pacienti IBD pořádají několikrát ročně semináře na témata spojené s diagnózou



**PACIENTI IBD**

Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty

Obr. 1 Logo 1 (zdroj: www.crohn.cz)

- **WC karty – praktická a psychologická podpora pacienta**

Tuto kartu mohou získat pacienti s IBD, usnadňuje jim se včas dostat na toalety. Kartu o rozměru kreditní karty může mít pacient vždy u sebe a v případě nutnosti ji použít. Karta neobsahuje žádné osobní údaje o nositeli.

líc - český

rub - mezinárodní



Obr. 2 WC karta (zdroj: www.wckarta.cz)

- **WC kompas** – jde o online mapu veřejných toalet, která umožňuje nalézt nejbližší dostupné toalety pomocí GPS souřadnic.



Obr.3 Logo 2 (zdroj: [www.wckompas.cz](http://www.wckompas.cz))

- **Světový den IBD – 19. května**

Den, kdy si pacienti s IBD a jejich příznivci snaží zviditelnit a rozšířit povědomí o IBD a získat pochopení dopadu této nemoci na život nemocných. K IBD patří barva fialová a v květnu vyrábí po celém světě pacienti s nespecifickými střevními záněty fialové kartičky, se kterými se fotí a šíří je mezi veřejnost.



Obr. 4 Stuha (zdroj: <http://www.worldibdday.org>)

Život s ulcerózní kolitidou je nevyzpytatelný a vždy je dobré se připravit na jakoukoliv nepříjemnou situaci, kterou ulcerózní kolitida může způsobit.

Rada:

- buďte připravení a předem si zjistěte, kde jsou toalety v restauracích, nákupních centrech, divadlech či na veřejných místech
- mějte u sebe náhradní spodní prádlo, toaletní papír nebo vlhčené ubrousky
- a pokud se vydáte někam na delší dobu, zprvu se poradte se svým lékařem a nezapomeňte na dostačující množství léků, popřípadě si zjistit jména lékařů jejich pracoviště, které byste v případě nouze mohli navštívit

Zdroje:

1. ČERVENKOVÁ Renata a Milan LUKÁŠ. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, I.vyd. Praha: Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-600-7
2. CROHN. Občanské sdružení Pacienti IBD a web [crohn.cz](http://crohn.cz). [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/>
3. WCKARTA. Proč vznikla WC karta. [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: [http://www.wckarta.cz/http://www.ccfa.org/assets/pdfs/living\\_with\\_uc\\_brochure\\_final.pdf](http://www.wckarta.cz/http://www.ccfa.org/assets/pdfs/living_with_uc_brochure_final.pdf)
4. WCKOMPAS. O projektu. [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.wckompas.cz/o-projektu/>